

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, Não-Me-Toque/RS**

Malena Cano Pérez

Pelotas, 2015

Malena Cano Pérez

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, Não-Me-Toque/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Marcos Fábio Turra

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P438m Pérez, Malena Cano

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro, Não-me-toque/RS / Malena Cano Pérez; Marcos Fábio Turra, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Turra, Marcos Fábio, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho à minha família, minha mãe, meu pai, meus irmãos e meu esposo. Os quais sempre estão do meu lado, dando forças para continuar e fazer de mim uma melhor pessoa.

Agradecimentos

Agradeço à Equipe de Saúde da minha unidade que sempre me apoiou e meu orientador Marcos Fábio Turra que sempre acompanhou o meu trabalho ajudando em tudo o que precisei. Agradeço a Deus que me permite sorrir ante a vida, resultado de sua bênção.

Resumo

PÉREZ, Malena Cano. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro, Não-Me-Toque/RS**. 2015. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são hoje dois dos grandes problemas de saúde pública, pelo elevado número de pessoas acometidas e pelos riscos de morbimortalidade que são responsáveis, resultando em perda de qualidade de vida para a população. A intervenção realizada na UBS Centro, no município de Não-Me-Toque/RS, teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e diabetes mellitus. Foi elaborada uma análise situacional para conhecer minuciosamente os problemas que existiam na unidade de saúde, e a partir disso, elaborou-se um projeto de intervenção, que norteou as ações a serem executadas na unidade. A intervenção ocorreu em doze semanas para executar as ações programáticas, e seguiu como protocolo as recomendações dos Cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde. Foram utilizadas a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, fornecidas pelo curso, as quais foram de fundamental importância para o monitoramento e avaliação das ações executadas. As ações contemplaram os quatro eixos pedagógicos, a saber: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Os usuários com hipertensão e diabetes foram atendidos com prioridade, estimulando as mudanças no estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis, promoção de saúde, trabalho com grupos de usuários, melhora na adesão ao tratamento, engajamento público, exames clínicos apropriados, encaminhamento para exames complementares. A intervenção pretendia como meta de cobertura alcançar 80%, e obteve-se como resultado uma cobertura de 394 usuários (52,2%) para hipertensão e 103 usuários (47,7%) para diabetes. Tiveram exames em dia 94,7% para hipertensão e 94,2% para diabetes, além de todos terem recebido busca ativa quando faltaram na consulta, e todos receberam orientação para alimentação saudável, atividade física regular, riscos de tabagismo, higiene bucal. A melhoria na qualidade do atendimento com a intervenção foi evidente, ajudando a qualificar os indicadores de saúde da UBS, promovendo um atendimento humanizado e focado não só no atendimento clínico, mas também na prevenção e promoção de saúde, além de tornar a equipe capacitada para um trabalho nestes padrões e apta a atuar com os demais profissionais da UBS como uma equipe multiprofissional, trabalhando em unicidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da ação com grupo	58
Figura 2	Fotografia da ação com grupo	59
Figura 3	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	61
Figura 4	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	61
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	65
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	66
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	67
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	68
Figura 12	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	69
Figura 13	Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	71
Figura 14	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	73
Figura 15	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	76
Figura 16	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação a distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussão	77
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	86
Referências	88
Anexos.....	89

Apresentação

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado à pessoa com Hipertensão e Diabetes Mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Não-Me-Toque/RS. O volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligadas, a saber: **Análise situacional**, em que é descrito a situação da Unidade Básica de Saúde, analisando seus pontos positivos e as suas limitações, além de examinar o processo de trabalho que é desenvolvido na unidade. **Análise estratégica**, em que se desenvolveu o projeto de intervenção que deu subsídio para realizar a intervenção na unidade de saúde. **Relatório da intervenção**, que avalia as ações realizadas ao longo de 12 semanas da intervenção, as ações que não foram realizadas, dificuldades encontradas e viabilidade de incorporar as ações na rotina do trabalho. **Avaliação dos resultados da intervenção**, exibindo a análise qualitativa e quantitativa, discussão dos resultados obtidos, apresentação do relatório da intervenção para o gestor e para a comunidade. **Relatório da intervenção para gestores** onde se lhe descreve claramente os resultados obtidos durante o projeto, destinando a informar o gestor municipal. **Relatório para comunidade** onde se lhe mostra os resultados do trabalho e a importância da participação comunitária no processo de saúde, escrito em linguagem acessível à comunidade. **Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**, mostrando o que o especializando obteve com a especialização e com a execução da intervenção, o significado do curso para sua prática profissional e os aprendizados mais relevantes. Os Anexos e apêndices apresentam as ferramentas utilizadas no decorrer da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na ESF Centro do Município Não Me Toque. A ESF é formada por uma Enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários e eu (a médica). Há quase dois meses, começamos com o uso de o prontuário eletrônico, que está sendo um desafio para mim, mas já trabalhamos bem com ele. Nossa equipe tem uma população de 3380 pessoas, a maioria tem bom desenvolvimento econômico, sendo nossa área a mais rica do município. A maioria dos usuários de nossas comunidades têm planos de saúde. A estrutura física da UBS é um pouco antiga, acontece que fica em um espaço que pertence ou pertencia a um dos hospitais que tem no município, e junto a Secretaria Municipal de Saúde e a ESF. Ela precisa de algumas melhorias como, por exemplo, quando chove tem filtração de água dentro da unidade. A unidade em geral é grande, conta com acesso aos cadeirantes, tem sala de vacinas, sala de curativos, três consultórios, área de esterilização, recepção, sala de espera, banheiros, tem acesso para as pessoas idosas.

O processo de trabalho é um pouco atípico, pois ao ficar localizados na unidade central de saúde, dificulta-se o atendimento agendado e planejado próprio da ESF, por causa da grande demanda de usuários. Às vezes não podemos fazer algumas coisas pela grande procura por assistência, porque a Unidade de Saúde funciona do jeito similar a um pronto atendimento; os usuários chegam procurando atendimento médico de qualquer lugar. Agora recentemente, se contratou outra médica, o que está aliviando um pouco a situação, dando cobertura para realizar algumas atividades agendadas.

Apesar destas características, conseguimos fazer visitas domiciliares uma vez por semana, de acordo com as necessidades dos usuários, por exemplo, temos

muitas pessoas idosas, com dificuldade para caminhar e alguns que moram sozinhos, os quais priorizamos. Também fazemos visitas frequentes às usuárias com câncer de mama e seus familiares, pela alta incidência e prevalência dessa doença em nossa população. Fazemos atividades com os grupos específicos de Hipertensão e Diabetes Mellitus cada quinze dias. Temos uma boa relação com a comunidade; os usuários participam nas atividades de exercício físico e academia junto aos profissionais, temos um grupo de artesanato com as mulheres da comunidade; a equipe participa e auxilia nas atividades que se realizam na comunidade em benefício da saúde das pessoas e das famílias, com ênfase na promoção e prevenção de doenças e suas complicações, focado principalmente na atenção à família. Em nossa equipe, trabalhamos de forma integrada com os serviços do Centro de Apoio Especializado que tem no município, fazemos encaminhamentos dos usuários que são dependentes de substâncias psicotrópicas (muito frequente no município), como medicamentos antidepressivos e benzodiazepínicos; também são encaminhados os usuários de drogas.

Espero, na medida do possível, melhorar o trabalho da equipe; fazer muitas mais atividades de prevenção para melhorar a qualidade de vida das pessoas, principalmente trabalhar sobre os fatores de risco modificáveis, por exemplo: a alimentação, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo de álcool e outras drogas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Não-Me-Toque, Jardim do Alto Jacuí, localizado no Planalto Médio do Rio Grande do Sul, tem uma população de 16.785 pessoas. O município possui sete unidades básicas de saúde, seis na zona urbana e um na zona rural. Possui três ESF - Estratégia da Saúde da Família. O município tem dois hospitais que fazem plantão das 19:00 horas até as 8:00 h, com uma capacidade de 90 leitos entre os dois. Não temos no município disponibilidade de NASF, mas temos um programa de Saúde Mental. O município tem convênios com os hospitais para oferecer os serviços de exames, ultrassom, raio X, entre outros. Para as especialidades e os exames de maior complexidade, a maior parte se faz o encaminhamento dos usuários para outros municípios como Passo Fundo e

Carazinho. Não contamos no município com referência de encaminhamento para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

Eu trabalho na UBS Centro, que fica na Secretaria Municipal de Saúde, sendo uma unidade urbana. O modelo de atenção é da ESF, com apenas uma ESF, que é formada por uma Enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários e eu (a médica). Nossa equipe tem uma população de 3380 pessoas (segundo o SIAB 2014), a maioria tem bom desenvolvimento econômico, sendo nossa área com melhor poder aquisitivo do município. A maioria dos usuários de nossas comunidades têm planos de saúde. A unidade em geral é grande, tem sala de vacinas, sala de curativos, três consultórios, área de esterilização, recepção, sala de espera, banheiros. Não temos serviço de odontologia.

A Equipe da Saúde da Família constitui a porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde. Ela está capacitada a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário que a mesma disponha dos recursos estruturais e os equipamentos que permitam a ação dos profissionais da saúde nesse propósito. A ESF deve propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente da idade, estatura, deficiência ou dificuldade na mobilidade, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário. A estrutura física da UBS é um pouco antiga, acontece que fica em um espaço que pertence ou pertencia a um dos hospitais que tem no município, e ali junto fica a Secretaria Municipal de Saúde e a ESF, por tanto não conta com toda a estrutura ideal sugerida para as UBS. Ela precisa de algumas melhorias como, por exemplo, quando chove tem filtração de água dentro da unidade. A unidade não conta com sala para os agentes de saúde, as paredes internas não todas são laváveis, os pisos de algumas salas não são de superfície antiderrapante, as portas não são de material lavável, não existe sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação mediante figuras ou em Braille, o que significa uma barreira para as pessoas que não conseguem ler com habilidade. Mas conta com acesso aos cadeirantes e tem acesso para as pessoas idosas. Porém, apesar destas deficiências estruturais e objetivas, o atendimento na unidade se faz com qualidade, e pensando sempre no bem-estar do usuário, sabendo que ainda tem muito trabalho por fazer para alcançar os objetivos da ESF de alcançar atendimento integral, universal e de qualidade a todas as pessoas. Sabemos que as barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços de saúde. Temos muitas

peessoas idosas, pessoas com sequelas de doenças crônicas que precisam da utilização das UBS, por tanto, devemos promover as melhorias na estrutura das UBS. Já foi aprovado o projeto da nova estrutura para a ESF, acho que as condições vão ser muito melhores e até contarão com o serviço de odontologia, o qual é muito importante na atenção primária de saúde.

A participação ativa dos profissionais da equipe da saúde da família nas diferentes ações relacionadas com a comunidade e o atendimento dos usuários é muito importante, pois permite o melhor conhecimento da situação social, ambiental, econômica e de saúde da população, contribuindo ao atendimento integral da pessoa. Em minha unidade os profissionais fazem a identificação dos grupos, os indivíduos e as famílias expostos a risco, este processo é muito necessário para direcionar o trabalho às pessoas que tem maior risco para sua saúde, e também risco de complicações, no caso dos usuários com doenças crônicas como a Hipertensão Arterial, a Diabetes Mellitus, Insuficiência cardíaca, entre outras.

As áreas para fazer as atividades dos cuidados da saúde podem ser muitas, não só na unidade básica de saúde, também aproveitamos espaços como os domicílios quando fazemos as visitas domiciliares, onde às vezes tem vários membros da família e se podem fazer orientações para todos eles. Como exemplo, há usuários que se encontram acamados ou com dificuldade para se deslocar à unidade de saúde, e o pessoal da unidade leva o atendimento até suas casas, fazendo curativos, nebulizações, administração de medicações, consulta médica e de enfermagem, fisioterapia, em geral, se faz todo o possível para que o usuário receba o atendimento que precisa. Também nas escolas, nos bairros, nas indústrias, são áreas que podemos usar para fazer e orientar ações para o cuidado da saúde. Apesar de já fazermos algumas atividades nesses locais, ainda temos que alcançar mais participação nos diferentes espaços da comunidade. Constitui um problema que não são realizadas buscas ativas de doenças e agravos de notificação compulsória, isso é o que pude observar. Para promover as mudanças, gostaria de ter mais relacionamento com a comunidade, fazer mais atividades de pesquisa de doenças nos bairros, de visitas domiciliares, pois é nesse espaço que conhecemos a realidade dos usuários, o meio deles. Na unidade, eu só conto com um turno na semana para essa atividade, devido à alta demanda de atendimento. Eu acho muito bom que em nossa unidade se fazem pequenos procedimentos de cirurgia, os quais facilitam o acesso dos usuários, e a unidade alcança maior resolutividade de

algumas doenças. Também são realizados atendimentos de urgências/emergências, a demanda da unidade é muito grande. Quanto às atividades de grupo que são realizadas na UBS, além de já termos grupo de idosos, hipertensos, diabéticos; gostaria incluir outros grupos como de adolescentes, de gestantes, sabendo que fica um pouco difícil o desenvolvimento das atividades, pela alta demanda que tem a unidade, que não deixa tempo para fazer muitas atividades planejadas, mais eu gosto muito de interagir com esses grupos para trabalhar na educação em saúde, promoção e prevenção. Em nossa unidade fazemos a reunião da equipe semanal, com a participação dos agentes comunitários, a enfermagem e a médica. Os temas das reuniões são principalmente a organização do processo de trabalho para a próxima semana, o planejamento das ações, a construção da agenda de trabalho, a análise de casos na semana, os que precisam de atendimento mais imediato, o planejamento das atividades dos grupos, entre outros temas que precisem abordar. Em particular, gosto do trabalho em minha unidade, mas gostaria de melhorar algumas coisas, apesar de que fica difícil fazer algumas mudanças. Gostaria de avançar mais no tema do atendimento básico, baseado na promoção e prevenção, na educação em saúde. Também gostaria de ter mais participação na comunidade, em seus espaços, o qual também se dificulta pelas características da população, em que a maior parte tem melhor poder econômico e não aceitam todas as coisas do SUS, mais acredito que com o trabalho diário, a aceitação vai ser maior.

A população aproximada é de 3380 pessoas, mais durante a semana a demanda é muito grande, pois além das pessoas de outras áreas da cidade, também recebem atendimento pessoas de outros municípios que trabalham nas fábricas presentes aqui no município, ficando toda a semana na cidade. Em nossa população, as faixas etárias não coincidem com a estimativa da população brasileira. Por exemplo, nos dados obtidos do SIAB no ano 2014, o número de pessoas entre 5 a 14 anos que é de 320, assim como as mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, que são 985, encontra-se abaixo do estimado. Porém, os grupos de idade de menores de 5 anos (112 pessoas), de 20 a 59 (2021 pessoas) e maiores de 60 anos (719 pessoas), se encontram acima do estimado. Além disso, a disponibilidade do serviço parece adequado para o tamanho da área adstrita, mas não acontece assim, pois como minha unidade tem função também de pronto atendimento, há procura de muitas pessoas de fora de nossa área e até de outras cidades, o que aumenta a demanda espontânea.

Em minha unidade o processo de acolhimento do usuário é feito pela recepcionista, na recepção, as vezes também participam as enfermeiras, mas em cada sala de atendimento onde o usuário se apresenta se faz um pequeno acolhimento, em que participa todo o profissional que tenha contato com o usuário. O processo de acolhimento do usuário é realizado todos os dias e em todos os turnos de atendimento. A enfermeira da equipe de saúde faz uma avaliação de todos os usuários que chegam à unidade, logo se priorizam as pessoas que tenham problemas de saúde mais urgentes e se busca atendimento mais imediato para eles. Se precisar, faz-se o encaminhamento para o hospital, além de que as vezes se dificulta um pouco o processo de encaminhamento, pois o hospital não conta com a presença de médico de plantão as 24 horas. Quando tem excesso de demanda, a enfermeira faz uma avaliação dos usuários, os que apresentam doenças agudas ou emergência que requerem atendimento imediato são priorizados e atendidos. Os usuários que não têm nenhuma emergência são orientados a voltar no outro turno ou no outro dia. Deste jeito, funciona a organização da demanda espontânea dos usuários, considero que ainda tem que melhorar quanto aos encaminhamentos aos hospitais. Mas na unidade, lidamos sem dificuldades com o excesso da demanda espontânea do jeito explicado, fazemos sempre uma avaliação de cada paciente para priorizar seu atendimento segundo suas queixas. Nossa situação poderia melhorar com a implantação de plantão de dia nos hospitais que temos no município, que aliviaria muito nosso excesso de pessoal com demanda de urgência e emergência, mas isso não depende de nossa gestão. Em minha unidade não temos serviços de odontologia, os usuários que precisam este serviço vão direto à unidade que tenha este serviço, que fica no centro, mas não fica na mesma construção da UBS. Seria muito bom contar com esse serviço, mas não está em nossas mãos fazer nada ao respeito, mas foi apresentado para o secretário de saúde a importância de incluir o serviço de saúde bucal, pois a unidade alcançaria o atendimento multiprofissional e maior integralidade.

Quanto à saúde da criança, em minha unidade não se faz consultas de puericultura, só se faz atendimento às crianças que chegam por demanda espontânea com problemas agudos de saúde. Portanto, não contamos com nenhum arquivo específico de registro dos atendimentos das crianças, assim mesmo também não temos protocolos de atendimentos para eles. A estimativa do caderno de ações programáticas é de 41 crianças menores de um ano residentes na área de

abrangência. Eu não sei os motivos pelos quais não se faz este tipo de atendimento, acredito que seja pela demanda de usuários e a função que temos de pronto atendimento, mas acho que seria importante fazer na unidade as puericulturas e as consultas aos recém-nascidos e crianças até os 72 meses. Essas consultas são muito importantes porque se faz uma avaliação periódica do crescimento e desenvolvimento das crianças, o médico faz orientações importantes, por exemplo, o esquema de vacinas, a alimentação adequada, o desenvolvimento psicomotor, os sinais de alerta, a prevenção de acidentes, assim como atividades de promoção e prevenção de doenças. Nas consultas de demanda espontânea, faço educação para a saúde da criança dependendo da queixa de saúde dela, por exemplo, sobre a prevenção de infecções respiratórias e digestivas, a importância da alimentação correta, entre outros temas.

Quanto ao pré-natal a cobertura é 24% pois, são acompanhadas 12 gestantes, enquanto a estimativa é 50. Em minha unidade, a atenção pré-natal conta com um especialista de Gineco-obstetrícia. É quem realiza o atendimento pré-natal duas vezes por semana, faz os encaminhamentos para as outras especialidades quando as gestantes precisarem. Nas consultas a gestante sai com a data da próxima consulta. Na UBS fazemos atendimentos de gestantes com problemas agudos de saúde, tanto de nossa área, como de outras áreas, mas deste tipo de usuários não temos excesso de demanda. De acordo com o que tenho observado, não há protocolos de atendimento pré-natal na UBS, o qual deveria existir, pois isso melhora as condutas em algumas doenças de urgência nas gestantes. Quanto às ações que são desenvolvidas na UBS no cuidado das gestantes, as enfermeiras e o médico fazem as consultas pré-natais e têm mais oportunidade para trabalhar temas de educação e orientação, por exemplo, sobre a alimentação adequada, a curva de peso, a saúde bucal, o esquema de vacinas, orientar sobre o processo de amamentação e cuidados do recém-nascido e o puerpério, a prevenção de doenças na gravidez, os riscos de tabagismo e álcool na gravidez, a anticoncepção depois do parto, entre outros temas importantes para o conhecimento da gestante para seu bem-estar e do recém-nascido. Na unidade não temos grupo de gestantes, as gestantes participam no grupo que tem no município formado para elas, com a intervenção de nutricionista e outros profissionais. Em geral, eu não tenho todo o conhecimento certo de como acontece à atenção na gestante, pois só o ginecologista é quem faz esse tipo de atendimento. Na unidade não há nenhum

arquivo específico ou registro específico para as gestantes, assim como não tem pessoal destinado para o planejamento e monitoramento das ações com estas usuárias. As gestantes e a comunidade em geral, tem uma boa aceitação do jeito de atendimento para as gestantes, pois gostam do ginecologista, o qual trabalha há muito tempo no município fazendo este tipo de atendimento. Quanto ao puerpério, a estimativa do caderno de ações programáticas é de 41 partos nos últimos 12 meses, mas, não temos o registro de quantas estão sendo acompanhadas.

Ações de rastreamento de câncer de mama e de colo de útero são realizadas na UBS, tanto para mulheres da área de cobertura, como para mulheres fora da área de cobertura, por exemplo, mulheres do interior do município. Os rastreamentos acontecem dois dias na semana: quarta-feira de tarde e quinta-feira de manhã, e são feitos pela enfermeira da unidade. A enfermeira é quem faz o registro no livro específico para isso e é quem depois usa o mesmo para procurar as mulheres com atrasos e com resultados alterados, para tomar as medidas necessárias. Em minha unidade não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa do câncer de colo nem de mama, também não se faz relatório com os resultados encontrados. A enfermeira faz os agendamentos, procura as mulheres com atrasos e faz o registro no livro que ela fez, específico para isso, nós acompanhamos o processo em caso de mulheres com exames alterados. Nós mesmos fazemos o monitoramento regular das ações que são feitas com esses programas. Acho que ainda podemos fazer muito mais com as mulheres para a prevenção destas doenças. Por exemplo, não se faz na unidade controle de peso das mulheres nem atividades de orientações sobre o tabagismo. Acredito que podemos fazer mais atividades de grupo explicando às mulheres os principais fatores de risco e a importância do diagnóstico precoce. Tenho aproveitado cada espaço com as mulheres para falar sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, de ter um parceiro estável, da alimentação saudável, de fazer exercícios, da importância de fazer o exame citopatológico de colo de útero e a mamografia, sempre nas consultas e visitas domiciliares, e pergunto se tem esses procedimentos em dia. Também trabalhamos com as usuárias que já tem a doença, fazemos visitas a suas casas, fazemos acompanhamento da doença. Acho também que falta um pouco de organização na programação dos rastreamentos, pois gostaria que se tivesse o conhecimento certo das mulheres que precisam fazer os procedimentos e, delas, quais estão atrasadas.

Mas a enfermeira explicou que pela característica de nossa unidade torna-se difícil melhorar estes registros, mas nos últimos meses o trabalho está sendo mais organizado e sistemático. Também temos um grande número de pessoas que não fazem atendimento no SUS pelo alto poder aquisitivo delas. Além disso, o pessoal da unidade trabalha para melhorar cada dia o atendimento com as mulheres em risco destas doenças, assim como com as doentes. A estimativa do CAP é 930 mulheres de 25 a 64 anos residentes na área de abrangência, mas, segundo os registros da unidade, que não estão atualizados, 811 (87%) são acompanhadas. O número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos é 348, mas, 263 (76%) são acompanhadas.

Na minha unidade, fazemos atendimento todos os dias aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mas temos as quintas-feiras destinadas para as consultas programadas. Nestas consultas fazemos anamnese, exame físico completo, verificamos a eficácia do tratamento, solicitamos exames segundo as necessidades e damos as orientações não farmacológicas e farmacológicas precisas. Este tipo de consulta há pouco tempo que conseguimos programar, pela demanda muito grande da unidade, agora estamos conseguindo fazer algumas coisas neste sentido. Quando temos usuários que precisam de outras especialidades ou estão descompensados de sua doença, fazemos encaminhamentos para as diferentes especialidades, fazemos internação se precisarem. Na unidade, os profissionais de saúde não usam nenhuma classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos com estas doenças, mas tenho avaliado nas consultas e visitas desses usuários, a presença ou não de risco cardiovascular, pois depende disso a conduta do usuário. Não contamos no serviço com nenhum registro específico para esses usuários, também não há arquivo específico. Além dessas deficiências, conseguimos melhorar quanto as consultas planejadas, pois antes não se faziam. Outro aspecto positivo é o trabalho que estamos fazendo com o grupo de voltado para as pessoas que tem hipertensão e diabetes, mensalmente fazemos atividades com eles baseado nas principais ações para melhorar os estilos de vida e ter melhor qualidade de vida além de sua doença. Por exemplo, orientamos sobre a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, a importância de cumprir o tratamento médico e assistir as consultas de seguimento, também ensinamos como reconhecer os sinais de

complicações de suas doenças. Conseguimos chegar também a mais usuários nas visitas domiciliares e ficamos contentes pelas pessoas que conseguimos incluir e ter atendimento conosco e gostaram de nossa atenção. Ainda, os atendimentos planejados que temos feitos com esses grupos de usuários, gostaria que fosse maior. A estimativa do CAP é de 755 pessoas com hipertensão e 216 pessoas com diabetes. A principal dificuldade para alcançar nosso objetivo de elevar esses atendimentos é a falta de tempo destinado para as ações programáticas pela alta demanda espontânea que possui a unidade. Mas, a população tem boa adesão com nosso jeito de trabalho, além que também gostariam de ter mais espaços para esse tipo de atendimento.

De forma geral, no município há predomínio de pessoas idosas. A demanda de atendimento por esses usuários na unidade é muito grande, idosos de outras áreas fora da nossa também procuram atendimento, mas, mesmo assim, a cobertura é apenas 28% (129 idosos-segundo SIAB 2014) das pessoas deste grupo de idade, pois muitas procuram os serviços médicos privados que tem no município. Em minha unidade fazemos atendimento diário em todos os turnos das pessoas da terceira idade, mas é atendimento por demanda espontânea, só na quinta-feira à tarde fazemos consultas agendadas. Fazemos os encaminhamentos para especialistas, a internação hospitalar dos usuários que precisam, as vezes temos algumas dificuldades, mas conseguimos fazer o processo, além de que as consultas com outras especialidades demoram. Temos na unidade um grupo de pessoas idosas, fazemos atividades com elas uma vez por mês. Nessas atividades abordamos temas muito importantes, por exemplo, as doenças crônicas mais frequentes em sua idade como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a osteoporose, orientamos como prevenir suas complicações ensinando os principais fatores de risco e a importância da modificação dos estilos de vida. Também orientamos sobre a prevenção de acidentes, a importância da vacinação. A aceitação da população do grupo e as atividades é favorável, o número de participantes aumenta a cada mês, além que a sala que temos para essas atividades não é muito grande, mais temos uma média de 25 pessoas no grupo. Nas visitas domiciliares e nas consultas, eu oriento aos familiares sobre os cuidados do usuário idoso e suas doenças ou sequelas. Não tem na unidade nenhum protocolo de atendimento para idosos, assim como não existe nenhum registro ou arquivo específico para o atendimento deles. Acho que seria muito melhor contar com um arquivo específico para eles, sobre tudo se tem alguma

doença ou problema de saúde importante, pois seria muito mais organizado. Já fiz essa sugestão a meus colegas de trabalho. Também gostaria que os profissionais da saúde de minha unidade fizessem a avaliação da capacidade funcional do idoso, pois esse é um instrumento que permite ter o conhecimento das habilidades e incapacidades do idoso. Assim mesmo, também não existe a caderneta de saúde do idoso. Eu fiz uma orientação da importância do uso dessas ferramentas no atendimento do idoso, espero que daqui a pouco comecemos com seu uso. Até agora temos uma boa aceitação da população idosa do jeito que estamos fazendo algumas atividades planejadas, mas ainda o espaço é muito pouco, espero que cada dia ganhe mais conscientização dos gestores da importância do atendimento programático. Na unidade, o planejamento das ações para este grupo de usuários é feito pela enfermeira e o médico, mas não temos pessoal dedicado ao monitoramento e avaliação das ações.

Em geral, temos muitas deficiências ainda no sistema de trabalho da equipe. O primeiro é nossa característica atípica de pronto atendimento que converte a unidade em um centro de atendimento por demanda espontânea e não deixa espaço para as tarefas planejadas e próprias da ESF, encaminhadas na promoção e prevenção da saúde. Isso provoca que nosso trabalho não seja organizado, programado e registrado do jeito mais correto. Além disso, tenho que destacar que desde o começo do curso até agora, temos vencido algumas lutas, por exemplo, contamos agora com uma sessão para as consultas planejadas para os usuários com doenças crônicas e os idosos principalmente. Também o trabalho com os grupos específicos teve melhoras e maior participação da população. Ao início, o prontuário eletrônico era um desafio muito grande, hoje é uma ferramenta muito importante em nosso trabalho que já conseguimos dominar. Com as atividades do curso tive que melhorar no conhecimento de muitos temas que também ensinei a meus colegas de trabalho, os quais tiveram sempre participação das atividades. Por exemplo, agora em minha unidade já tem conhecimento da carta dos usuários da saúde, assim mesmo tem conhecimento do sistema correto de trabalho e as deficiências que temos e as ações para alcançar melhoras. Considero que o mais importante é a aceitação da população com meu trabalho, o que me motiva para continuar elevando meus conhecimentos e ser melhor cada dia e deste jeito contribuir para melhorar a saúde do povo brasileiro.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Quanto à comparação da avaliação da situação da ESF/APS anteriormente à análise situacional, posso falar que a situação melhorou um pouco. Por exemplo, apesar de que o processo de trabalho é atípico, pois a unidade funciona também como um pronto atendimento, já conseguimos marcar um turno na semana para as consultas agendadas para os usuários com doenças crônicas, os idosos e outros que precisam de avaliação e acompanhamento de sua doença. Também conseguimos iniciar uma conscientização dos gestores da importância da promoção e a prevenção na APS e das consultas com um planejamento e organização adequada para as pesquisas de fatores de riscos, doenças e complicações. Também temos melhorado o acompanhamento das mulheres com câncer de mama, pois é uma doença muito frequente no município. Continuamos o trabalho com o grupo de artesanato de mulheres, com os grupos específicos, alcançando maior número de participantes e melhor aceitação. Também estamos dando acompanhamento aos usuários com dependência química e alcoolismo, fazendo internação dos casos necessários, pois temos um alto número destes usuários em nossa comunidade. Continuamos priorizando o trabalho da prevenção e promoção fazendo atividades, na medida do possível, para melhorar a qualidade de vida das pessoas, principalmente trabalhando sobre os fatores de risco modificáveis, por exemplo: a alimentação, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo de álcool e outras drogas. Além das deficiências estruturais que ainda continuam e também de organização do sistema de trabalho, o que temos feito até agora tem melhorado a qualidade de vida de muitas pessoas, a população está satisfeita com nosso trabalho e fica muito agradecida por isso. Espero melhorar ainda mais a qualidade de nosso serviço e garantir a saúde de minha comunidade. A ampliação do conhecimento das limitações e dificuldades no processo de trabalho proporcionado pela análise situacional é de grande valia para planejarmos as possibilidades de enfrentamento, pois só buscamos melhorias quando sabemos onde precisam ser melhoradas. Por isso, com a evolução vista no conhecimento da UBS e seu processo de trabalho a partir do texto inicial da situação da ESF em meu serviço, até depois da realização da análise situacional, foi com certeza um

diferencial para a evolução na qualidade do trabalho que estamos e estaremos promovendo à população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (Brasil, 2006). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a hipertensão atinge 2,1 milhões de pessoas acima de 18 anos no Rio Grande do Sul, o que corresponde a 24,9% da população. No Brasil, a hipertensão atinge 31,3 milhões de adultos, o que corresponde a 21,4% da população. O Diabetes Mellitus (DM) é considerado hoje no mundo como uma epidemia, pois o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Brasil, 2006). A mesma PNS revelou que a Diabetes Mellitus atinge 600 mil pessoas no Rio Grande do Sul, o que corresponde a 7% da população adulta local. Em todo o Brasil, a doença está presente em 9 milhões de brasileiros, o que corresponde a 6,2% da população adulta. E esses números da HAS e DM são crescentes e seu aparecimento está cada vez mais precoce. A Hipertensão Arterial, junto com a Diabetes, no Brasil, são as principais doenças não transmissíveis que geram o maior número de hospitalizações, mortes prematuras, perda da qualidade de vida e alto grau de limitação das pessoas nas suas atividades diárias, além de causar um impacto econômico negativo para as famílias.

Minha unidade é a UBS Centro, que fica na Secretaria Municipal de Saúde, sendo uma unidade urbana. O modelo de atenção é de ESF, com apenas uma equipe, que é formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco

agentes comunitários e eu (a médica). Nossa equipe tem sob seus cuidados uma população de 3380 pessoas, a maioria delas tem bom desenvolvimento econômico, sendo nossa área com o melhor poder aquisitivo do município. A maioria dos usuários de nossas comunidades têm planos de saúde. A unidade é grande, tem enfermaria, sala de vacinas, área de curativos, três consultórios, área de esterilização, recepção, sala de espera, banheiros. Não temos serviço de odontologia. A estrutura física da UBS é um pouco antiga, adaptada, e, junto a Secretaria Municipal de Saúde, portanto, não conta com toda a estrutura ideal para as UBS. Ela precisa de algumas melhorias como, por exemplo, resolver a infiltração de água da chuva dentro da unidade. A unidade não conta com sala para os agentes comunitários de saúde, as paredes internas não são todas laváveis, os pisos de algumas salas não são de superfície antiderrapante, as portas não são de material lavável. Conta com acesso aos cadeirantes e tem acesso para às pessoas idosas.

Na área adstrita, a estimativa é de 755 pessoas com hipertensão e 216 com diabetes. Há muitas pessoas que não estão cadastradas ou não estão diagnosticadas, pois, nossos registros não estão atualizados, nestes identificamos que 585 (77%) pessoas foram cadastradas com hipertensão e 128 (59%) com diabetes. Com o desenvolvimento da intervenção essa situação vai melhorar, esperamos ao longo melhorar a atenção à estes usuários. A adesão da população atendida na UBS é boa. Nos últimos meses os usuários tem maior responsabilidade com o tratamento e a importância de comparecer às consultas agendadas de seguimento. O principal problema é a falta de espaços para ter um melhor seguimento e controle das pessoas com hipertensão e diabetes pela alta demanda assistencial. Além disso, já tivemos um avanço, pois há um turno na semana para esse tipo de atendimento que antes não tinha. Com isso a qualidade da atenção também melhorou, mas ainda temos que trabalhar muito nesse sentido. Por exemplo, os indicadores de qualidade estão muito baixos, apenas 2 usuários realizaram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Acredito que, com o transcurso das ações de intervenção, obteremos melhores resultados nesse aspecto. Fazemos ações educativas uma vez por mês com as pessoas com hipertensão e diabetes sobre temas relacionados com suas doenças e também outros temas de importância para sua saúde, pois a maior parte são pessoas idosas. Nas consultas e visitas domiciliares, sempre tenho presente as orientações de

educação em saúde. Eles desejam que aumentem a frequência dos encontros para continuar aprendendo e recebendo atenção às suas preocupações.

Necessita-se fazer e aplicar estratégias de prevenção primária para evitar que as pessoas tornem-se hipertensas e diabéticas, assim como aplicar medidas de prevenção secundária que possibilitem que os usuários, com essas doenças, mantenham sob controle a sua enfermidade, e não tenham complicações. Com nosso trabalho na UBS, podemos melhorar a qualidade de vida desses usuários, podemos programar ações que estão ao nosso alcance e que não requerem muitos recursos para seu desenvolvimento. Todas as pessoas de nossa equipe estão dispostas e preparadas para fazer estratégias de intervenção com os hipertensos e diabéticos, mas a maior deficiência é a falta de tempo e de espaços dedicados para essas atividades. Eu sempre defendo, nas reuniões, a importância de aumentar os turnos de atendimento para as consultas planejadas e demais atividades, como encontros com os usuários com doenças crônicas em geral, mas não tenho respostas muito favoráveis, pois o atendimento espontâneo é muito grande e também porque ainda os gestores não tem a visão da prevenção como o nível principal da Atenção Primária de Saúde. Além disso, acredito que com o esforço de toda a equipe alcançaremos obter os resultados esperados com essa intervenção. Em minha unidade o comportamento dessas doenças é similar ao comportamento do país; a HAS e a DM são queixas muito frequentes na unidade de saúde, sendo o motivo da escolha dessa ação programática. Nós, como trabalhadores e médicos da Atenção Primária de Saúde, temos a possibilidade de melhorar essa situação. Por exemplo, fazendo modificações dos estilos de vida das pessoas com essas doenças, ação de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e a diabetes. Alimentação adequada, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, assim como a importância da adesão ao tratamento prescrito.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, Não-Me-Toque/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde Centro, no Município de Não-Me-Toque. Participarão da intervenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e com Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência da UBS. Inicialmente era prevista uma intervenção de 16 semanas, mas por ajustes no calendário do curso foi reduzido para 12 semanas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

Ao chegar o usuário, a recepcionista verificará no sistema eSUS se está corretamente cadastrado e se não, ela o cadastrará nesse momento.

Os cadastros dos usuários que fazem os agentes comunitários de saúde serão preenchidos no sistema eletrônico imediatamente para manter o sistema atualizado. A enfermeira será a responsável pelo monitoramento.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e os diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento:

Ao chegar o usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM) na consulta, a médica revisará se aparece nos registros para essas doenças. Caso não esteja, incluirá seus dados no registro. As enfermeiras também irão verificar os registros quando o usuário for medir PA, e cadastrarão os que não estejam cadastrados.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem e a enfermeira vão acolher o usuário diabético e/ou hipertenso que procura a unidade sem agendamento prévio. O acolhimento será com escuta humanizada, ouvindo as necessidades do usuário e buscando atender às suas necessidades. O acolhimento na enfermagem dos hipertenso e diabético garantirá a medição da pressão arterial e a glicose. Os Hipertensos com cifras de pressão diastólica maior de 100 mmHg ou presença de sinais de alerta serão atendidos imediatamente e já sairão com consulta de retorno agendada. Os Diabéticos com cifras de glicose inferiores a 60 mgdl ou maiores a 200mgdl ou presença de sinais de alerta serão atendidos imediatamente e já sairão com a consulta de retorno agendada.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

A enfermeira garantirá diariamente, antes de começar o atendimento, todos os recursos necessários como esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, glicômetro, fitas para o glicômetro, agulhas. O que estiver faltando será solicitado ao Gestor.

Eixo: Engajamento Público.

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial (PA) a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento:

Os agentes comunitários de saúde informarão nas visitas aos domicílios a existência do programa e a importância de medir a pressão arterial depois dos 18 anos.

Na sala de espera a enfermeira irá oferecer informações aos usuários sobre a existência do programa e a importância de medir a PA a partir dos 18 anos e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Nas consultas a médica irá orientar os usuários adultos a importância de medir a PA e da existência do programa. Assim mesmo será orientado sobre a existência do programa de atenção aos diabéticos e sua importância.

Nas atividades de grupo as enfermeiras e o médico também vão orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Os agentes comunitários de saúde nas visitas aos domicílios informarão aos usuários a importância do rastreamento para DM, assim mesmo sobre os fatores de risco para desenvolver essas doenças.

Na sala de espera a enfermeira explanará também essas informações.

Nas consultas aos usuários adultos e com risco dessas doenças também repassaremos essas orientações.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: A assessora de informática da unidade vai fazer a capacitação correta e ampla dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos no sistema eSUS.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A médica em conjunto com a enfermeira vai fazer a capacitação da equipe da unidade para a correta medição da PA e a realização do hemoglicoteste. A capacitação será feita na primeira e segunda semana em dois encontros.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A médica vai fazer o monitoramento periódico do exame clínico apropriado feito pela enfermeira e as técnicas de enfermagem aos hipertensos e diabéticos nas consultas de enfermagem pelo menos uma vez por mês.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e a periodicidade recomendada na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico nas consultas de seguimento dos hipertensos e diabéticos vai monitorar se os exames laboratoriais estão em dia de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada na unidade, usando para isso os prontuários sempre mantidos atualizados.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A farmacêutica será quem fará o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular uma vez ao mês.

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A enfermeira e a médica vão fazer o monitoramento dos hipertensos e diabéticos que necessitam atendimento odontológico.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Na consulta de enfermagem, a enfermeira vai fazer o exame clínico minucioso, por exemplo, exame dos membros inferiores nos pacientes diabéticos.

A médica na consulta agendada vai fazer o exame clínico integral do hipertenso e diabético, que será mínimo uma vez ao ano.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A enfermeira capacitará às técnicas de enfermagem e os ACS de forma permanente de acordo com os protocolos da unidade.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira garantirá a impressão do protocolo e sua disponibilidade na unidade de saúde.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Na consulta de enfermagem, a enfermeira solicitará os exames mínimos estabelecidos por consensos e necessários para o médico da equipe.

A médica solicitará exames sempre que for necessário, os quais estarão garantidos no laboratório em prévio acordo que temos pactuado com ele há meses.

Será feita uma reunião com o secretário de saúde para explicar a importância da agilidade na realização dos exames complementares aos hipertensos

e diabéticos, precisando de sua intervenção com o pessoal do laboratório para garantir essa demanda.

Nos registros dos usuários hipertensos e diabéticos, ficará uma coluna para marcar com X se os exames complementares estão em dia, ficando vazia a coluna caso não tenha os exames em dia, sendo que esses usuários serão contatados para marcar o que estiverem precisando em cada caso.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: As técnicas de enfermagem realizarão o controle de estoque e a revisão da validade dos medicamentos cada quinze dias.

A enfermeira levará um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

Ação: Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Nas consultas de enfermagem e nas consultas médicas será feita avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, mas, como não contamos com esse serviço na unidade e não temos quem preste o serviço, nós não podemos organizar agenda de saúde bucal para a realização dos atendimentos. Além disso, os membros da equipe farão orientações educativas sobre saúde bucal aos hipertensos e diabéticos.

Eixo: Engajamento Público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Os ACS nas visitas nos domicílios vão esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares e neurológicas, orientando sobre as medidas de prevenção. Vão orientar a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

As técnicas de enfermagem também vão orientar a comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial, aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes.

Nas consultas de enfermagem, a enfermeira vai orientar os usuários sobre os fatores de riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas, orientando sobre as medidas de prevenção, vão orientar a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

A médica nas consultas agendadas e nas visitas aos domicílios também vai fazer orientações sobre os fatores de riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas, orientando sobre as medidas de prevenção, vão orientar a comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A enfermeira, nas consultas de enfermagem, vai orientar os hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser feitos.

Nas consultas agendadas a médica vai orientar os hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser feitos.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A enfermeira realizará a capacitação de toda a equipe para a realização do exame clínico apropriado na primeira semana em dois encontros.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A médica vai fazer a capacitação da enfermeira para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares na primeira semana.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A farmacêutica, na segunda semana da intervenção, no salão de reuniões da unidade, vai capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A enfermeira vai verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade.

A enfermeira também vai monitorar se as consultas agendadas e o retorno de acordo com o protocolo estão em dia.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira vai organizar com os ACS as visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas agendadas.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira vai organizar a agenda para marcar nas terça ou quinta feira de tarde os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo: Engajamento Público.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver numero excessivo de faltosos).

Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Os ACS, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e a médica vão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade da realização das mesmas.

Realização de reuniões em conjunto com a comunidade e com os portadores de hipertensão e diabetes para achar o melhor jeito para todos sobre o atendimento clínico e a assistência as consultas e ao grupo, e assim evitar o maior numero de usuários faltosos, essas reuniões vão se fazer com uma periodicidade de cada 4 meses inicialmente tendo em conta que faremos a primeira para a organização e informação da comunidade.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A enfermeira capacitará aos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade na primeira semana na sexta feira de manhã na sala de reuniões da unidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira realizará o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde avaliando

as fichas espelhos, os registros se estão bem preenchidos com todos os dados e os prontuários mensalmente.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira ficou responsável por manter as informações do SIAB atualizadas, fazer a ficha de acompanhamento e os registros das informações, os quais vão ser preenchidos pela equipe nas atividades. Monitoramento será feito pela enfermeira de quinze em quinze dias.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso da realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Iremos criar um sistema de informação informatizado através do programa Excel para registrar todas essas informações e ter um alerta para o atraso dos usuários em consultas, a realização dos exames complementares, compensação da doença, assistência ao grupo Hiperdia e assim sucessivamente com os demais pontos a avaliar. E desse jeito podemos visitar aos hipertensos e diabéticos sem perder muito tempo.

Eixo: Engajamento Público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Os ACS, as técnicas de enfermagem e a enfermeira orientarão a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A orientação se dará em contato na comunidade e na UBS, nas consultas, e em contato com as lideranças da comunidade para eles divulguem na comunidade.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A enfermeira capacitará na primeira semana a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético e do registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular (avaliação de Risco).

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A enfermeira em suas atividades vai fazer o monitoramento dos pacientes mensalmente.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A enfermeira vai fazer a priorização do atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda, ainda que seja necessário elevar o número de atendimentos em vários dias.

Eixo: Engajamento Público.

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Os ACS, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e o médico orientarão aos usuários em suas atividades o nível de risco, a importância do acompanhamento regular e a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas a alimentação e a prática de atividade física.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da avaliação dos pés.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A enfermeira e a médica vão fazer a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco, a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, na segunda semana, durante dois encontros.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional, da atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira monitorará e supervisionará aos ACS e as técnicas de enfermagem a realização de orientação nutricional, da atividade física

regular e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, avaliando as fichas espelhos e os prontuários se os usuários receberam orientações ou não.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para a orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: A enfermeira organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável e para a orientação de atividade física, que serão realizadas mensalmente. Serão feitas reuniões em grupo para orientações sobre a preparação de alimentos saudáveis e também sobre as atividades físicas que podem ser feitas pelos hipertensos e diabéticos.

Serão feitas reuniões para demandar e explicar ao gestor e para parcerias institucionais a importância de envolver outros profissionais como nutricionistas e educadores físicos, entre outros. Igualmente será demandada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. Este contato será realizado pela enfermeira com o apoio da médica.

Será organizado um tempo médio das consultas de 15 a 20 min para garantir as orientações em nível individual, tanto nas consultas da médica como nas consultas da enfermagem.

Eixo: Engajamento Público.

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sobre a higiene bucal.

Detalhamento: Os ACS, as técnicas de enfermagem, a enfermeira e a médica orientarão em suas atividades aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A enfermeira e a médica capacitarão a equipe na segunda semana, sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Na terceira semana, também pela médica e enfermeira, será feita a capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e para o tratamento de usuários tabagistas, apesar de que o tratamento dos tabagistas ainda não é fornecido pela unidade de saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à hipertensão e diabetes, utilizaremos o prontuário do usuário e a ficha espelho disponibilizada pelo curso, pois não temos fichas espelhos no município. A enfermeira e a médica farão contato com os gestores municipais para dispor de 500 fichas espelhos necessárias, além de dispor também de 50 canetas, 2 pacotes de 500 folhas e outros recursos 50 pastas, para o acompanhamento da intervenção será utilizado a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, as ACS revisaram o registro feito por eles identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Realizaremos o primeiro monitoramento, anexando anotações

no prontuário sobre quando foi a última consulta feita, quando foram os últimos exames clínicos e laboratoriais.

Faremos o monitoramento da realização do exame clínico e laboratorial dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo; monitoramento ao acesso dos medicamentos da Farmácia popular; monitoramento da periodicidade da consulta de acordo ao protocolo; monitoramento da qualidade dos registros; monitoramento da estratificação de risco; entre outros: semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão atrasados nas consultas e demais cuidados a fazer, passará a informação para os ACS para a busca ativas dessas pessoas. Os ACS já terão as datas para agendar as consultas para um horário de sua conveniência. Para os monitoramentos, registros de informações e cadastros de dados precisarão também de lápis, canetas, folhas, folders, computador e impressora para as planilhas e demais registros que precisarem ser impressos; tudo isso será garantido pela recepcionista e a administradora da unidade.

O acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes mellitus será feito pela recepcionista e uma técnica de enfermagem de nossa equipe que será disponibilizada para que dentro de suas funções, faça o acolhimento dos usuários. A enfermeira discutirá com a técnica sua nova função. Elas vão encaminhar o usuário de acordo com o protocolo de atendimento adotado na unidade, verificando na ficha espelho e seu prontuário se tem alguma consulta ou exames atrasados e assim prestar uma boa atenção para os hipertensos e diabéticos e um bom fluxo deles. Hipertensos com cifras de pressão diastólica maior de 100 mmHg, diabéticos com cifras de glicose inferiores a 60 mgdl ou maiores a 200mgdl ou presença de sinais de alerta, serão atendidos imediatamente e já sairão com consulta de retorno agendada. A cada dia serão reservadas duas consultas para os casos que precisarem de atendimento imediato ou agendado.

Além disso, para a realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo também está previsto, com o gestor municipal, ter sempre uma reserva econômica para fazer esses exames no tempo previsto para serem executados.

Quanto à realização das ações para informar e sensibilizar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos; sobre a importância de realizar exame clínico, exame complementares; orientar sobre seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; importância da

realização das consultas com a periodicidade preconizada; sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento; de orientar sobre a importância de uma alimentação saudável e a importância da realização de atividade física, a enfermeira padrão e a médica vão fazer contato com a associação de moradores e com os representantes de cada uma das comunidades de nosso município, e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das ações antes citadas. Discutiremos sobre seus direitos e seus deveres, levaremos folhetos educacionais sobre alimentação saudável e atividade física que serão solicitados, também pela enfermeira e pela médica, para a secretaria de saúde, suficientes para todas as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes.

Para as ações expostas na planilha de metas, ações e indicadores sobre a capacitação da equipe para a utilização do protocolo; para a busca ativa dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes; sobre a capacitação do preenchimento dos dados de acompanhamento dos usuários. As capacitações serão feitas na sala de reuniões de nossa UBS no horário estabelecido para realizar reuniões de equipe com 2 horas de duração, para as capacitações serão usados Datashow, computadores, quadro para escrever, marcador e outros materiais que a enfermeira terá a nossa disposição, previa solicitude a secretaria de saúde.

Para o atendimento dos usuários, a enfermeira vai garantir material necessário, como esfigmomanômetro, hemoglicoteste, medicações, fita métrica, que serão solicitados à administradora da unidade. Os medicamentos necessários para o atendimento dos hipertensos e diabéticos também serão solicitados pela enfermeira para a farmacêutica da unidade.

O atendimento aos hipertensos e diabéticos vai ser priorizado deixando cinco consultas ao dia para os usuários agendados pelos ACS, com previa revisão dos registros pela enfermeira. Os hipertensos e diabéticos que precisarem atendimento imediato serão atendidos com prioridade, assim como outras urgências, nas duas consultas que ficam para urgências.

Para as visitas domiciliares, cada semana a enfermeira solicitará o carro à prefeitura, que garante esse recurso. A colaboração do educador físico e da nutricionista será solicitada pela enfermeira diretamente com eles, pois existe uma adequada inter-relação com esses profissionais e a unidade. Com relação ao cadastramento, os ACS não precisam modificar sua rotina, pois eles já tem bem

organizado seus horários para fazer os cadastros na unidade, mas, agora estarão mais atentos às pessoas com hipertensão e diabetes.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O foco escolhido para intervenção foi a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes Mellitus, devido a alta prevalência de usuários com essas doenças em nossa área de abrangência, sobretudo usuários com insuficiente orientação nutricional e medicamentosa. Ressaltamos também a baixa cobertura deste programa na UBS. Nossa intervenção foi desenvolvida durante doze semanas, no período de maio a agosto de 2015. O processo de trabalho foi bem organizado, seguindo os objetivos e as metas pautadas, guiando-nos pelo cronograma de trabalho e conforme as orientações do curso.

Após 12 semanas de intervenção os aprendizados obtidos com o trabalho são diversos e alguns resultados foram como esperados. Das ações planejadas para desenvolver, todas foram realizadas para melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos e hipertensos da área de abrangência da unidade. Foi adotado o protocolo de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde do ano 2013. Antes de iniciar a intervenção, foi feita a reunião da equipe com a participação da enfermeira, agentes comunitários de saúde, técnicas de enfermagem e a colaboração do secretário de saúde. Esse encontro foi muito produtivo, porque foram esclarecidas todas as ações que seriam desenvolvidas ao longo da intervenção, foram esclarecidas as dúvidas e discutidos temas relacionados com o processo de trabalho. Pactuamos que todo usuário hipertenso e diabético que fosse à unidade tinha que ser cadastrado corretamente e encaminhado à consulta segundo sua necessidade. Ademais, serviu para esclarecer o compromisso de todos os profissionais da equipe para a realização de um bom trabalho para melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Depois da primeira semana de intervenção realizou-se a capacitação dos ACS e parte da equipe sobre como fazer o cadastramento dos hipertensos e diabéticos. Os profissionais habilitados para aferir a pressão arterial (PA), revisaram a técnica de como fazer a verificação correta da PA e a realização do teste da glicemia. Com relação ao cadastramento, os ACS não precisaram modificar sua rotina, pois eles já tinham bem organizado seus horários de fazer os cadastros na unidade, só deram maior prioridade aos hipertensos e diabéticos. Todo usuário com hipertensão e diabetes que chegava à consulta, era cadastrado. No caso de não estar cadastrado, incluíam-se seus dados no registro e cadastrava. As enfermeiras também fizeram as mesmas verificações quando o usuário aferia a pressão ou fazer uma consulta de enfermagem, cadastrando os que não estavam cadastrados.

Nessa mesma semana foi visitada uma das comunidades de nossa área, para oferecer orientações aos usuários sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) na unidade, a importância de medir a PA a partir de 18 anos e do rastreamento da diabetes. Foram orientados sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e a DM. Ao longo da intervenção foram visitadas as demais comunidades, com a participação dos líderes comunitários. Nesses encontros orientamos aos usuários sobre o desenvolvimento da intervenção. Foi explicada a importância da periodicidade das consultas, da realização dos exames complementares e os fatores de risco de desenvolver doenças cardiovasculares e neurológicas, além de ter esclarecida a importância da necessidade do acompanhamento regular e o direito dos usuários do acesso aos medicamentos da farmácia popular. Foram usados folders e cartazes com as informações mencionadas. Em cada momento foram escutadas as opiniões dos usuários e suas sugestões para melhorar nosso trabalho. Em alguns destes encontros com a comunidade, tivemos a participação de outros profissionais, como dentista e educador físico.

Na segunda semana foi realizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de atendimento adotados pela unidade de saúde e quanto à realização de exame clínico apropriado, ação que estava planejada na primeira semana, mas pela alta demanda de usuários não foi feita. Situação similar aconteceu com a realização de nosso primeiro grupo de hipertensos e diabéticos, marcado para ser feito na primeira semana, sendo realizado na segunda semana. Nas primeiras semanas tivemos dificuldades por causa da alta demanda espontânea

que temos em nossa unidade e a falta de médicos suficientes, aspecto que melhorou nas últimas semanas, graças a contratação de uma nova médica, além de outros médicos que trabalham algumas horas.

Todos os cadastrados no programa receberam um atendimento clínico apropriado, com a realização adequada do exame clínico, a estratificação de risco, a indicação dos exames laboratoriais necessários e priorizados segundo seu caso. Os hipertensos e diabéticos avaliados com alto risco foram priorizados tanto nas consultas quanto na realização de exames, além de quando tiveram necessidades de encaminhamento para as especialidades. Em caso que tivessem alguma necessidade de atendimento especializado foram encaminhados ao serviço correspondente. Aqueles usuários identificados como faltosos à consulta foram visitados pelos ACS e até em algumas ocasiões pela médica, e foi remarcada a consulta, onde receberam atendimento preconizado. Todos os usuários atendidos receberam orientações sobre nutrição, higiene bucal e atividade física, e também foram orientados sobre as consequências do uso do tabaco.

Temos que ressaltar a melhora que tivemos quanto ao registro dos usuários hipertensos e diabéticos após a capacitação que fizemos aos membros da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético. Usamos as informações dos prontuários clínicos, prontuário eletrônico e os cadastros dos ACS. Nas consultas e visitas domiciliares foram verificadas todas as informações que posteriormente foram transcritas na ficha espelho disponibilizada pelo curso, pois não existia nenhuma na unidade. Cada semana era preenchida a planilha de coleta de dados. Todos os dados ficaram atualizados no prontuário eletrônico.

Durante todo o desenvolvimento da intervenção, foi prioridade de toda a equipe garantir um bom acolhimento a todos os usuários, caracterizado pela escuta humanizada e o interesse pelas necessidades da pessoa. Já no primeiro momento o usuário deposita em nossas mãos, que podem ser de qualquer membro da equipe, todas suas expectativas. Foi garantido o bem estar do usuário desde sua recepção até sua saída da unidade. No acolhimento na enfermagem do usuário hipertenso e diabético, foi realizada sempre a medição da pressão arterial e da glicemia.

Semanalmente foi realizada avaliação e o monitoramento da intervenção pela enfermeira e às vezes pela médica. Por exemplo, a cada quinze dias a enfermeira monitorava o preenchimento correto e a atualização dos cadastros,

registros, fichas espelhos e o resto da documentação. Nessa periodicidade, também foi revisado o estoque de medicamento segundo as necessidades dos usuários, comprovando a existência dos medicamentos e as datas de validade. Mensalmente, a médica fez o monitoramento da avaliação do usuário feito pelas técnicas de enfermagem e a enfermeira, enfatizando sempre na realização correta nas técnicas recomendadas. Em cada uma das consultas, foi revisado se os exames laboratoriais estavam em dia e na periodicidade recomendada na unidade. A enfermeira foi a responsável de verificar o comparecimento dos hipertensos e diabéticos nas consultas agendadas e se estavam em dia. Foi avaliada também pela enfermeira a realização de orientação nutricional, da atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos por parte dos ACS e as técnicas de enfermagem, avaliando nas fichas espelhos e nos prontuários se os usuários receberam as orientações ou não.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com relação ao cronograma, percebe-se que foi feito todo o proposto. Em muitas ocasiões não se fez na data proposta, porque tivemos muitas dificuldades com o tempo estipulado no cronograma no momento de serem feitas as ações. A maior dificuldade foi a falta de tempo que tivemos para realizar as atividades como tínhamos planejado. Nossa unidade tem uma alta demanda espontânea por ser a unidade central, precisando de maior número de médicos para suprir as necessidades. Mas, na maior parte do tempo a médica ficou sozinha trabalhando, o que dificultou a sua disponibilização para desenvolver as ações previstas no tempo previsto. Por exemplo, não conseguimos cadastrar e atender todos os usuários segundo o pautado em nossos objetivos, mas temos a certeza que o trabalho que realizamos foi bem feito, na verdade, acredito que o mais importante é a qualidade e não a quantidade. Ademais, o trabalho vai ser continuado na rotina de nossa equipe.

Tínhamos planejado incorporar em um dos grupos com a comunidade, a participação de uma nutricionista, mas ficamos fragilizados por não contar mais com esse profissional em nosso município. Além disso, em cada grupo, nas consultas, nas visitas domiciliares, foram orientados hábitos alimentares favoráveis para o cuidado da saúde.

Considero que todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, umas com mais facilidade que outras.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Desde a primeira semana, iniciou-se o preenchimento das fichas espelhos e concomitante o preenchimento das planilhas. Para o preenchimento da ficha espelho tomamos os dados dos prontuários clínicos, do prontuário eletrônico, das fichas antes usadas e o registro existente na farmácia. Mas isto não foi suficiente, pois muitos usuários conhecidos pareciam faltosos pelo registro inadequado das ações de saúde no prontuário e, quando fomos à busca deles, na verdade muitos tinham consultas e exames atualizados. Isto aconteceu muitas vezes. Então, o problema estava também no registro destas ações. Por esse motivo o cadastro foi feito pessoa por pessoa na comunidade pelas agentes de saúde e nas consultas pela enfermeira e pela médica. Na busca ativa e nesse cadastro casa a casa não consegui participar muito pelo volume de serviço na nossa UBS, mas as ACS fizeram um bom trabalho.

Desde o começo da intervenção implantamos o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados, que não existia em nossa unidade. Foi estabelecida sua atualização e revisão sistemática por parte da enfermeira. Os resultados foram bons, pois agora contamos com um registro em dia desses usuários. Em relação ao preenchimento da planilha de coleta de dados, semanalmente foi atualizada por mim ou pela enfermeira após os atendimentos dos usuários. No começo tivemos algumas dificuldades, mas com o desenvolvimento da intervenção e as orientações do curso, melhoramos na qualidade do preenchimento. A planilha de coleta de dados converteu-se em uma ferramenta essencial na organização e o registro dos hipertensos e diabéticos da unidade.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Foi incorporado à rotina da unidade o preenchimento da ficha espelho e o registro dos hipertensos e diabéticos com as consultas de seguimento e as necessidades de medicamentos dos usuários, priorizando a prescrição de medicamentos que existem na farmácia popular.

Também se incorporou na rotina da unidade as visitas domiciliares semanais, nas quintas-feiras, além do trabalho com os grupos nas terças, quartas e quintas-feiras à tarde, com a participação dos agentes comunitários de saúde, a enfermeira e eu, sempre que fosse possível. Aspectos esses que serão melhorados para manter essas ações em um dia fixo e garantir a participação do médico.

Outro aspecto importante é a realização da reunião da equipe que não iniciou com a intervenção, mas melhorou a organização e periodicidade. A mesma são realizadas em uma frequência semanal, às sextas-feiras de manhã, com a participação de todos os membros da equipe. Percebeu-se que com a realização dessas reuniões a equipe fica mais unida e alcança maior resolutividade dos problemas analisados. Também foi bem articulada a regularidade nas consultas de seguimento.

Na última semana de intervenção, fizemos um evento com a participação da equipe e os usuários do grupo de hipertensos e diabéticos. Nós aproveitamos o espaço para trocar experiências sobre o desenvolvimento do trabalho e também foram lidas mensagens de motivação para os usuários. Em geral, eles ficaram muito agradecidos e felizes pelo nosso trabalho, dedicação e comprometimento com cada um deles, dizendo que o trabalho que estamos fazendo deve continuar, que é muito bom eles terem agora um melhor atendimento do pessoal da saúde, neste caso dos membros da equipe.



Figura 1- Fotografia da ação com grupo



Figura 2- Fotografia da ação com grupo

Sem dúvida o projeto de intervenção tem sido o motor impulsor para uma série de ações que continuarão sendo desenvolvidas na unidade, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A área de abrangência da UBS em que trabalho possui uma estimativa de 755 hipertensos e 216 diabéticos, segundo o caderno de ações programática do curso. Ao iniciar a intervenção havia uma cobertura de HAS de 77% com 585 hipertensos e de DM de 59% com 128 diabéticos, e não havia um atendimento adequado, segundo os indicadores de qualidade. Ao longo da intervenção, cadastraram-se 394 usuários hipertensos que compareceram para atendimento durante os três meses de intervenção, correspondendo a uma porcentagem de 52,2%, e 103 diabéticos, correspondendo 47,7%. Fazendo uma explicação detalhada dos meses da intervenção, posso dizer que no primeiro mês se cadastraram 86 hipertensos, alcançando uma cobertura de 11,4%, e 27 diabéticos, alcançando uma cobertura de 12,5%. No segundo mês se cadastraram 173

hipertensos de cobertura (22,9%), e 46 diabéticos (21,3%). No terceiro mês alcançou-se uma cobertura final de 394 hipertensos (52,2%) e 103 usuários com diabetes (47,7%).

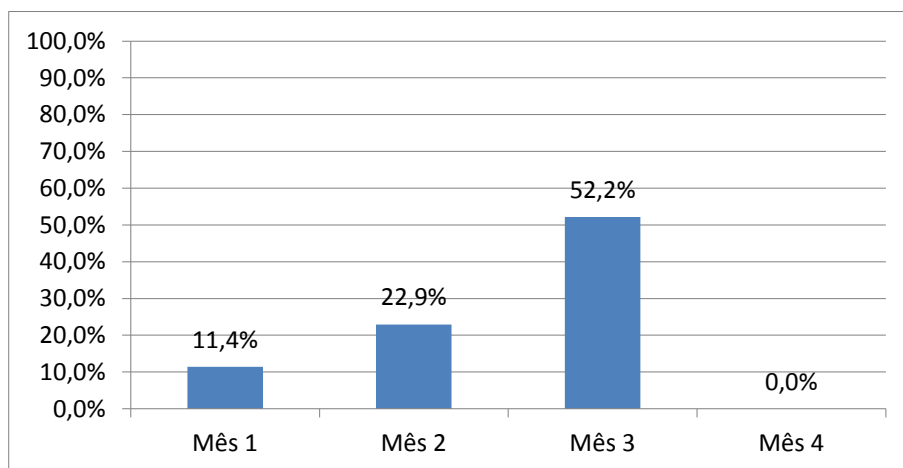


Figura 3- Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

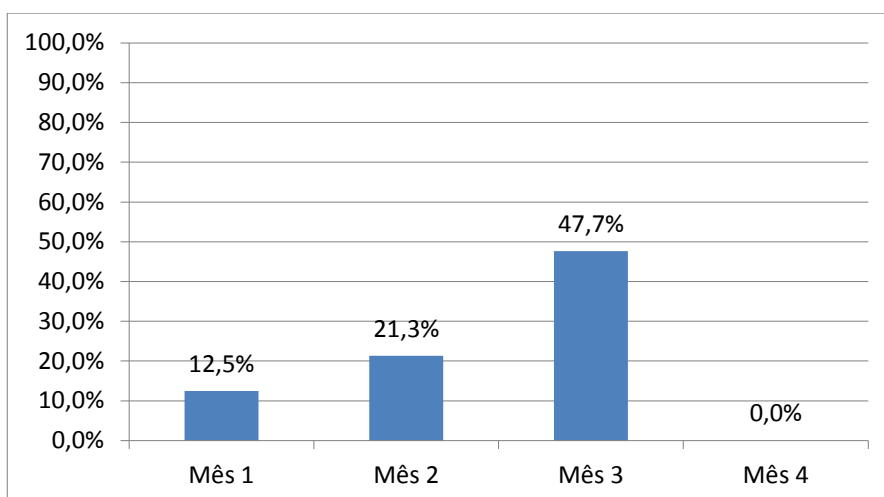


Figura 4- Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fazendo uma análise podemos perceber que nos dois primeiros meses o cadastramento foi menor, já no último mês se fez um cadastramento maior com a intenção de atingir a meta proposta. Apesar de não ter alcançado a meta, obtivemos um aumento progressivo no cadastramento dos usuários. Nos dois primeiros meses tivemos dificuldades quanto à falta de pessoal médico e da enfermeira, restringindo o tempo dedicado para a realização das ações da intervenção, também tivemos a falta de uma agente de saúde durante um período de 21 dias, atrasando o cadastramento dos usuários de sua área. Além disso, posso dizer que a qualidade da atenção ao usuário foi boa, pois, além do cadastro, também se fazia o

atendimento clínico integral do usuário. Mesmo não tendo atingido a meta, posso dizer que a intervenção fez um grande sucesso na nossa comunidade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Antes de iniciar a intervenção não existia adequado controle da quantidade de usuários com exame clínico apropriado segundo o protocolo adotado na nossa UBS. Por exemplo, estavam anotados nos prontuários alguns exames clínicos realizados, já em outros prontuários clínicos não havia registros. Uma vez que iniciamos a intervenção, percebemos que muitos tinham o exame realizado, mas não existia controle disso, e muitos realizaram os exames no percurso da intervenção. Assim, conforme a Figura 3, no primeiro mês obteve-se o percentual de 94,2% (81 dos 86 usuários) de hipertensos com exame clínico em dia, no segundo mês: 96,5% (167 dos 173 usuários) e no terceiro mês: 94,7% (373 dos 394 usuários). Na perspectiva de qualificar a prática clínica aos usuários diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, pode-se observar (Figura 6) que no mês 1 obteve-se o percentual de 96,3% (26 dos 27 usuários), no mês 2, o valor percentual de 95,7% (44 dos 46 usuários) e foi alcançado no mês 3: 94,2% (97 dos 103 usuários).

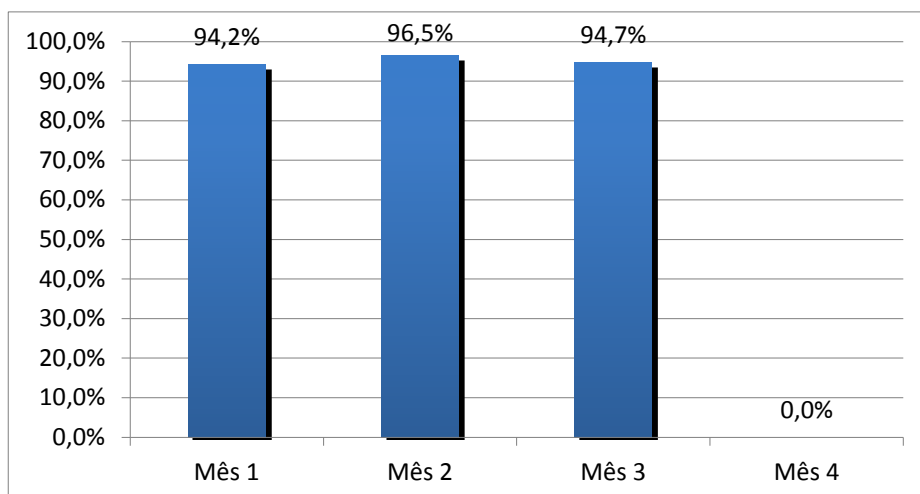


Figura 5- Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

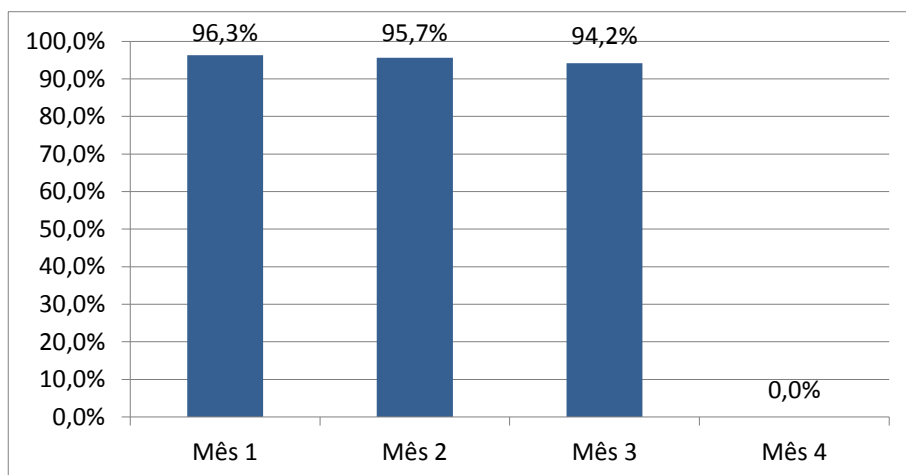


Figura 6- Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A análise mostra que os usuários com Hipertensão e Diabetes Mellitus em sua maioria tiveram um exame clínico adequado só que a maioria das vezes são acompanhados por médicos particulares, dificultando o registro adequado na unidade e só comparecem à UBS quando tem um problema agudo de saúde para atendimento de demanda espontânea. Essa intervenção esclareceu os usuários ao fato de que na UBS também se pode ter um bom seguimento e controle de suas doenças crônicas, neste caso da hipertensão e a diabetes.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nesse indicador acontece similarmente ao anterior, pois antes da intervenção não existia um bom controle dos usuários com doenças controladas com um indicador de 23% dos usuários com hipertensão 30% dos diabéticos com exames complementares em dia. Então no primeiro mês, 71 dos 86 hipertensos tinham realizado exames complementares, 82,6% da população acompanhada na UBS, e 22 dos 27 diabéticos para uma porcentagem de 81,5%. No segundo e terceiro mês a porcentagem para as duas doenças foi maior. No segundo mês, 157 dos 173 usuários hipertensos tinham realizados exames, 90,8% dos cadastrados nesse mês, e 40 dos 46 diabéticos tinham realizados os exames, para uma porcentagem de 87%. No terceiro mês, 359 dos 394 hipertensos tinham os exames em dia, finalizando com 91,1% do total dos cadastrados no mês, e 92 dos 103 diabéticos estavam com os exames em dia, finalizando com 89,3%.

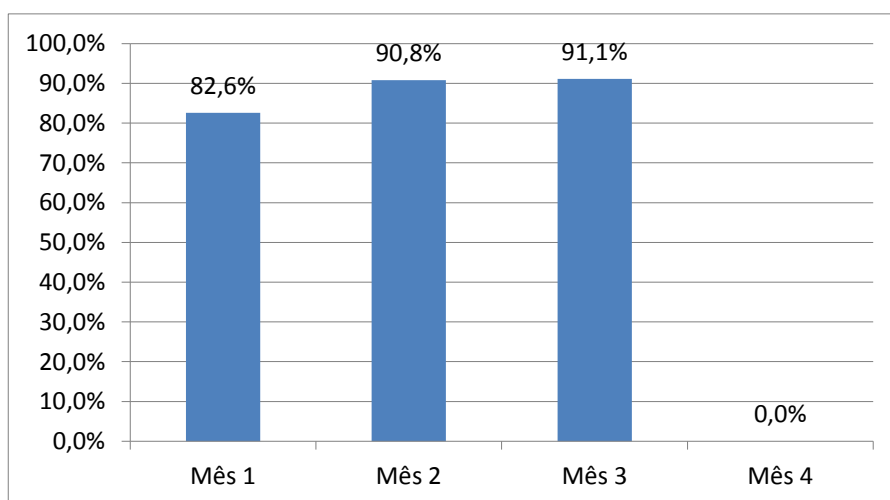


Figura 7- Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

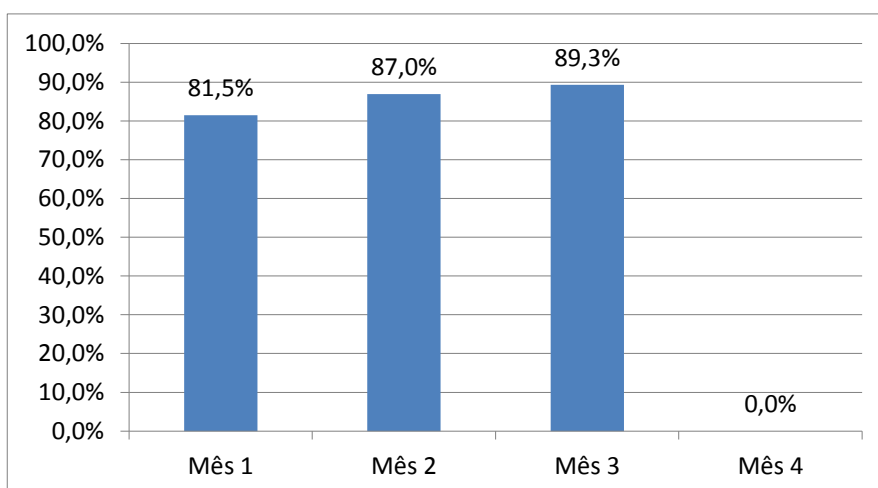


Figura 8- Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nas figuras 7 e 8 observamos que ao passar dos meses aumentou a porcentagem dos usuários com exames complementares em dia, principalmente nos hipertensos.

Esse indicador, como o anterior, mostrou que os usuários por conta própria realizam exames complementares, pois nos encontros que tivemos durante a intervenção, em muitas ocasiões, eles mesmos se referiam a importância da realização de exames complementares em correspondência as doenças controladas, neste caso Hipertensão e Diabetes Mellitus, só que uma vez mais não existia um controle e registro adequado na unidade, nem uma adequada orientação sobre a periodicidade da realização dos mesmos. Temos que reconhecer também que ainda quando achamos que as conversas de roda e os encontros dos grupos às vezes não estão sendo da utilidade que gostaríamos para os usuários, eles sim são importantes, pois muitos percebem a importância da realização periódica dos exames.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

De 394 usuários hipertensos cadastrados no programa, 392 tem prescrição de medicamentos e deles 312 usam da farmácia popular (79,6%). Antes da intervenção, segundo os registros da farmácia, 23% dos hipertensos cadastrados usavam os medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês da intervenção, dos 85 hipertensos com prescrição de medicamentos, 75 estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (88,2%). No segundo mês, dos 172 usuários 153 estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular (89%), e foi finalizado o terceiro mês como descrito anteriormente.

Dos 103 diabéticos cadastrados no programa, 102 tem prescrição de medicamentos e deles 75 usam da farmácia popular (73,5%). Antes da intervenção, 39% dos diabéticos cadastrados usavam os medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês, dos 26 diabéticos com prescrição de medicamentos, 22 eram da Farmácia Popular (84,6%). No segundo mês, de 45 usuários, 41 estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular (73,5%). Finalizando a intervenção com 75 dos 102 diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular (73,5%).

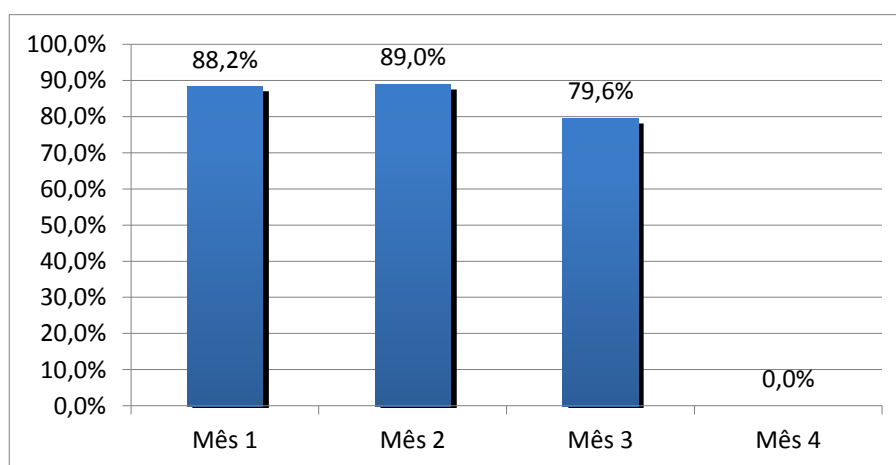


Figura 9- Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

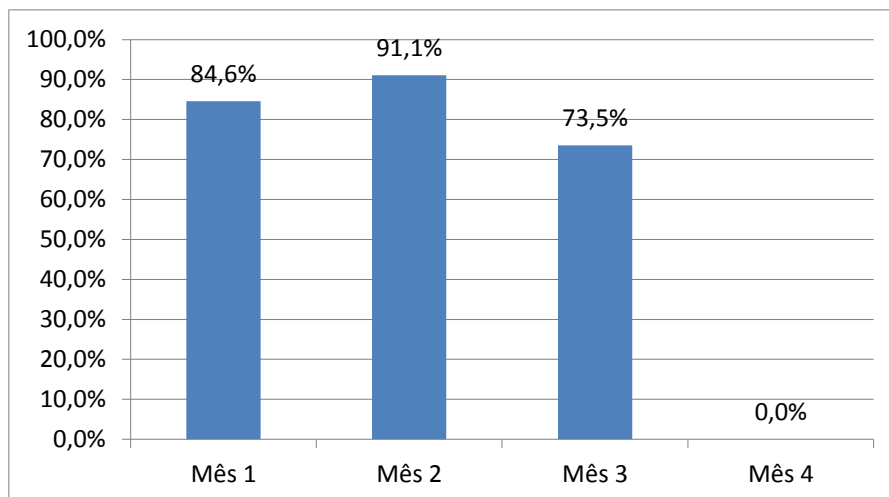


Figura 10- Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários da população alvo. Segundo os indicadores que mostram os gráficos das figuras 9 e 10, não foi possível alcançar 100% dos usuários, pois uma porcentagem não usa medicamentos da farmácia popular por problema de controle, referindo que já há tempo usam outros medicamentos e com esses estão mais bem controlados, medicamentos indicados nas consultas particulares e no cardiologista, principalmente. Temos que lembrar que em minha comunidade predominam as pessoas com nível aquisitivo alto que estão acostumados frequentar serviços privados e comprar as medicações das outras farmácias, muitas vezes orientados pelos mesmos médicos que comentam equivocadamente que “os medicamentos da farmácia popular não são bons”. Ainda assim podemos perceber que um grande número de usuários faz uso dos medicamentos da Farmácia Popular e esse número tem tendência a aumentar. Continuaremos trabalhando com os demais usuários porque em muitos casos eles não querem receber os medicamentos da farmácia popular pelo falso conceito de que os medicamentos do SUS são fracos, mais a nossa equipe nesse curto período percebeu que aos poucos iremos mudando esse falso preconceito.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Antes do início da intervenção, apenas 2 usuários hipertensos e 2 diabéticos tinham realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Após o início da intervenção, no primeiro mês, como se observa nas figuras 11 e 12, de 86 hipertensos cadastrados, 59 receberam a avaliação da necessidade odontológica (68,6%) e de 27 diabéticos cadastrados, 19 foram avaliados (70,4%). Já no segundo mês temos um aumento do indicador, com 140 hipertensos avaliados dos 173 cadastrados e 35 diabéticos dos 46 cadastrados, correspondendo a 80,9% e 76,1% respectivamente. Alcançamos ao final da intervenção 91,6% (361 dos 394 cadastrados) dos hipertensos e 89,3% (92 dos 103 cadastrados) dos diabéticos foram avaliados segundo as necessidades de atendimento odontológico.

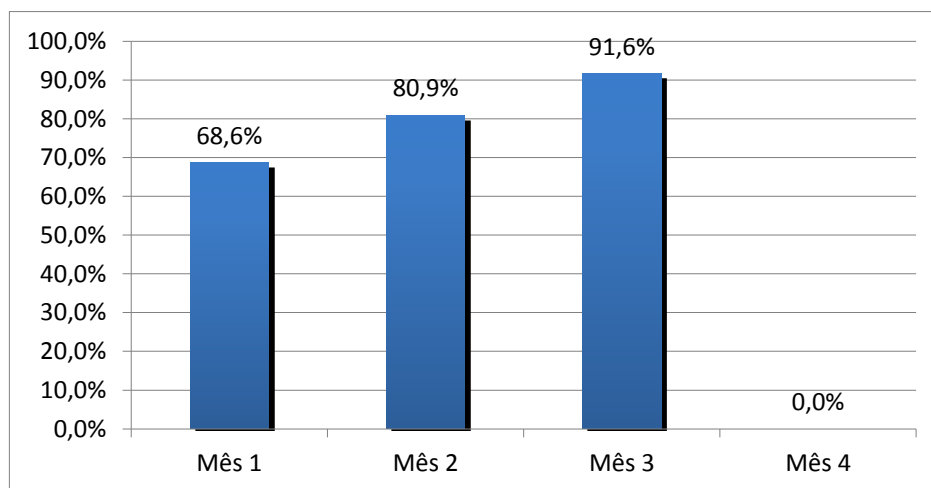


Figura11- Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

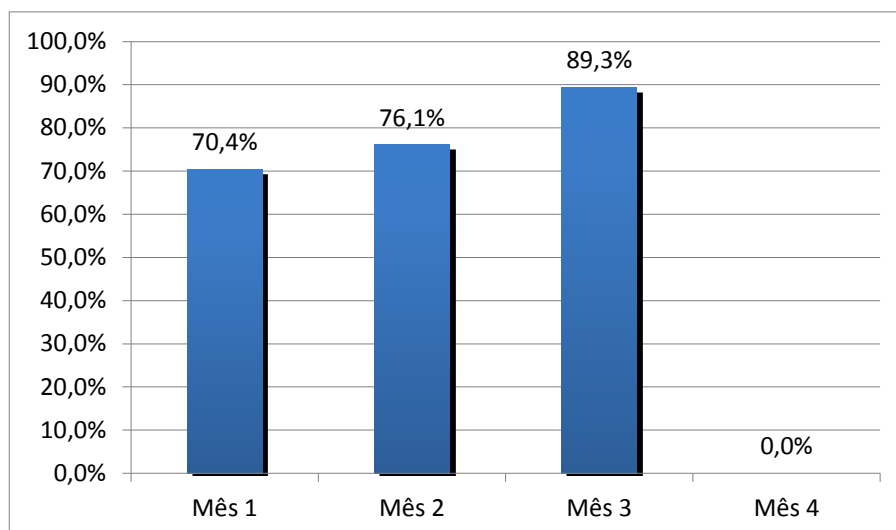


Figura 12- Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Antes de começar a intervenção, não tínhamos pensado avaliar esse aspecto, pois não contamos com serviço de odontologia em nossa unidade, mas acordamos com a equipe avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos nas consultas, pela importância de manter uma correta saúde bucal. Portanto, este foi um indicador que foi alcançando melhores resultados com o desenvolvimento da intervenção. Acredito que foi uma conquista, pois antes não era feita nenhuma avaliação nem orientação neste sentido. Por meio do nosso trabalho conseguimos que os usuários valorizassem a importância de manter uma saudável higiene bucal.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Encontramos no primeiro mês da nossa intervenção que de 86 usuários hipertensos cadastrados 10 eram faltosos à consulta e os 10 retornaram pela busca ativa. O mesmo aconteceu com os usuários diabéticos, pois de 27 cadastrados 3 eram faltosos e os três foram trazidos pela busca ativa. E assim foi se trabalhando no transcurso da intervenção, sendo que no segundo mês, dos 173 hipertensos cadastrados, 20 faltaram na consulta e todos a todos foram realizados busca ativa, e dos 46 diabéticos, 4 faltaram na consulta e foi realizada busca ativa a todos. No final do terceiro mês, e da intervenção, temos que de 394 hipertensos cadastrados 88 faltaram à consulta e a todos (100%) foi feita a busca ativa, e de 103 diabéticos cadastrados, 21 eram faltosos e aos 21 (100%) foi realizada a busca ativa.

Com ajuda dos agentes comunitários de saúde, a equipe teve acesso aos usuários faltosos às consultas e daí se iniciou uma busca ativa. Posso dizer que inicialmente não tínhamos conhecimento se todos os usuários a ser visitados eram faltosos a consultas, só que com o desenvolvimento da intervenção e o conhecimento total da população, se fez mais fácil à busca destes.

Na análise, percebemos que é maior a porcentagem dos faltosos em usuários hipertensos que em diabéticos, onde percebemos que devemos fazer um maior esforço com os hipertensos considerando que o número é maior. Podemos dizer também que os usuários faltosos nas consultas, após as visitas de busca ativa, ficaram convencidos da importância do atendimento e controle de suas doenças segundo o protocolo e se comprometeram ser mais responsáveis nesse sentido. Posso dizer que, nesse indicador, o trabalho dos ACS foi essencial, pois eles ficaram mais tempo nas ruas fazendo as visitas domiciliares.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês, de 86 hipertensos cadastrados, a 85 foi feito um adequado registro na ficha de acompanhamento chegando a um percentual de 98,9%, e no mesmo momento, cadastraram-se 27 diabéticos, sendo realizados registros adequados aos 27 usuários, para um percentual de 100%. A partir do segundo mês, fomos aumentando a qualidade de atendimento, sendo que, dos 173 hipertensos cadastrados e 46 diabéticos, fizemos registros adequados a 172 hipertensos (99,4%), e a 46 diabéticos (100%). No terceiro mês foi feito o registro adequado na ficha de acompanhamento a 393 dos 394 hipertensos cadastrados (99,7%) e a todos os 103 diabéticos cadastrados (100%). Antes da intervenção, não existia um controle e registro adequado das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, as fichas existentes estavam mal preenchidas e com falta de dados, ainda que existissem 175 fichas de hipertensos e 61 de diabéticos, segundo o arquivo da unidade.

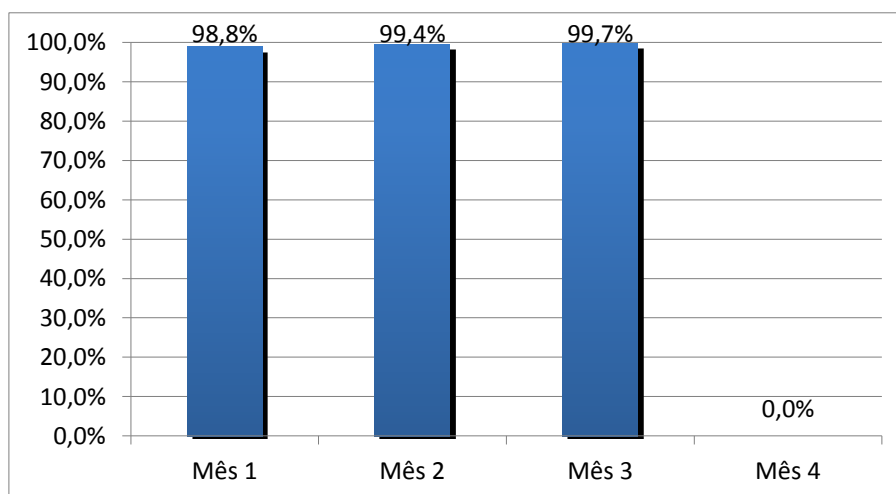


Figura 13- Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com esses resultados, mostrou-se uma melhor qualidade no atendimento e o registro adequado da ficha de acompanhamento de cada um dos usuários atendidos. Aproveito para dizer que durante os meses da intervenção, todos os diabéticos tiveram atualizados corretamente sua ficha de acompanhamento. Mesmo

que ainda não alcançamos 100% dos registros, posso dizer que registros que foram feitos têm a qualidade que é requerida e foi uma conquista alcançada por nossa equipe na intervenção. Foi possível fazer bons registros dos usuários, pois como foi orientado ao começo da intervenção, a cada atendimento tinha que se garantir o preenchimento com qualidade das fichas e registros, nas consultas, visitas domiciliares ou outra atividade realizada. Todos os membros da equipe trabalharam nesse sentido, prestando a importância necessária a qualidade dos registros.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Ao finalizar a intervenção, no terceiro mês, de 394 hipertensos cadastrados, foi feita a estratificação de risco cardiovascular a 393 usuários, uma porcentagem de 99,7% e todos os 103 diabéticos cadastrados receberam uma adequada estratificação de risco cardiovascular para um 100%. Antes da intervenção, só 2 usuários hipertensos e 2 diabéticos tinham feito e registrado a estratificação de risco cardiovascular. No primeiro mês da intervenção, dos 86 hipertensos cadastrados, a 85 foram realizadas estratificações de risco cardiovascular (98,8%), e dos 27 diabéticos cadastrados, todos tiveram estratificação de risco (100%). No segundo mês, dos 173 hipertensos cadastrados, 172 tiveram estratificação de risco (99,4%), e dos 46 diabéticos, todos tiveram estratificação de risco (100%).

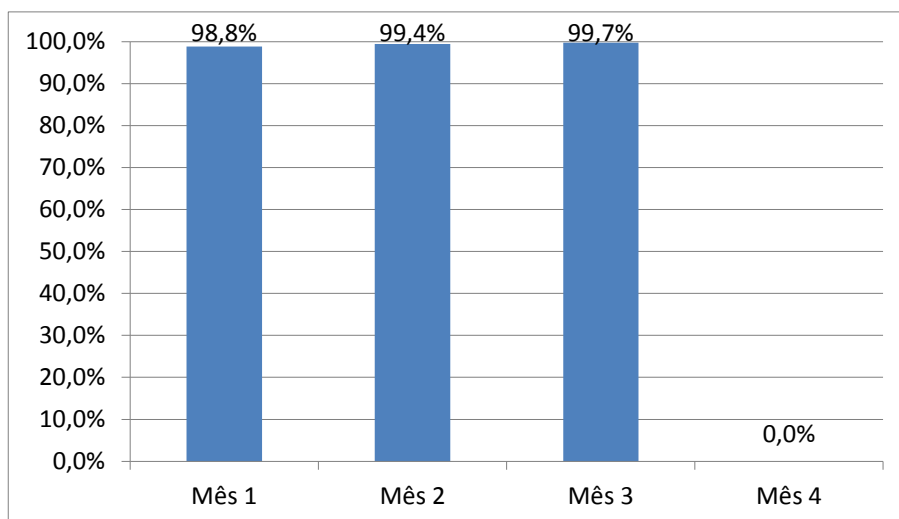


Figura 14- Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Quanto a esse objetivo, na unidade, antes da intervenção, não existia bons registros ou controle sobre a estratificação de risco cardiovascular nos usuários hipertensos e diabéticos. Por isso, desde o começo da intervenção, os membros da equipe fizeram o maior esforço para cumprir esse indicador, realizando a avaliação adequada dos usuários para melhorar sua saúde. Para atingir a meta foi realizado monitoramento da sua realização pela equipe, através da visualização das fichas-espelho e dos prontuários (avaliando as consultas anteriores à intervenção, e a anotação dos exames laboratoriais). Temos este resultado como uma das conquistas alcançadas com a intervenção e que devemos dar continuidade para melhorar a qualidade de vida de nossos usuários. Tivemos um usuário hipertenso que não conseguimos terminar o registro adequado porque saiu da cidade por vários meses, ao final da intervenção ainda não tinha regressado.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Analisando os indicadores, podemos concluir que desde o começo da intervenção até o fim estivemos cumprindo 100% com a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a todos os hipertensos e diabéticos incluídos na intervenção. Antes da intervenção, apenas 43% (250) dos hipertensos e 52% (66) dos diabéticos tinham recebido orientação nutricional para uma alimentação saudável. No primeiro mês, os 86 (100%) hipertensos e os 27 (100%) diabéticos cadastrados no programa receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No segundo mês, todos os 173 (100%) hipertensos e os 46 (100%) diabéticos cadastrados no programa participaram da ação. No terceiro mês, os 394 (100%) hipertensos e os 103 (100%) diabéticos foram orientados com relação à nutrição saudável.

Quanto a esse objetivo posso dizer que toda a equipe se envolveu para fazer uma boa promoção de saúde, pois consideramos que é essencial para alcançar o objetivo geral de nossa intervenção, que é melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos, trazendo avanços na sua saúde. Tenho que destacar nesse ponto o trabalho realizado da médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e também os agentes comunitários de saúde que fizeram um grande trabalho nas visitas domiciliares.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Quanto a esse indicador, o trabalho feito pela equipe para promover saúde ao total de hipertensos e diabéticos cadastrados em relação à prática regular de atividade física aconteceu durante todo o curso da intervenção. Alcançou em todos os meses uma porcentagem de 100% dos usuários cadastrados. Antes da intervenção, 43% (250) dos hipertensos e 21% (27) dos diabéticos tinham recebido orientação sobre a prática de atividade física. No primeiro mês, os 86 hipertensos e os 27 diabéticos cadastrados no programa receberam orientação sobre a prática de atividade física. No segundo mês, todos os 173 hipertensos e os 46 diabéticos cadastrados no programa participaram da ação. No terceiro mês, os 394 hipertensos e os 103 diabéticos foram orientados com relação à prática de atividade física.

A orientação era realizada através da consulta médica, do acolhimento espontâneo nas salas de espera (feito por qualquer profissional da UBS) e nas reuniões de grupo. Para o êxito do acolhimento qualificado, foi importante a realização da capacitação da equipe sobre práticas regulares de atividade física, tanto para hipertensos quanto diabéticos. Também tivemos a participação do profissional em atividade física que interagiu com a comunidade.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Com relação a este indicador, posso explicar que como objetivo de promoção de saúde, também alcançou uma porcentagem dos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados nos dois primeiros meses da intervenção. Como se observa nos gráficos 15 e 16, no terceiro mês teve uma pequena diminuição na porcentagem, diminuindo a 97,2% dos hipertensos (383 dos 394 hipertensos cadastrados) e a 97,1% dos diabéticos atendidos (100 dos 103 diabéticos

cadastrados). Antes da intervenção não existia nenhum registro na unidade sobre as orientações aos usuários dos riscos do tabagismo.

Essa queda no último mês foi porque nas consultas médicas ficaram 11 hipertensos e 3 diabéticos que não fazem uso do tabaco sem as orientações sobre os riscos do tabagismo, mas iremos em breve fazer a orientação adequada desses usuários.

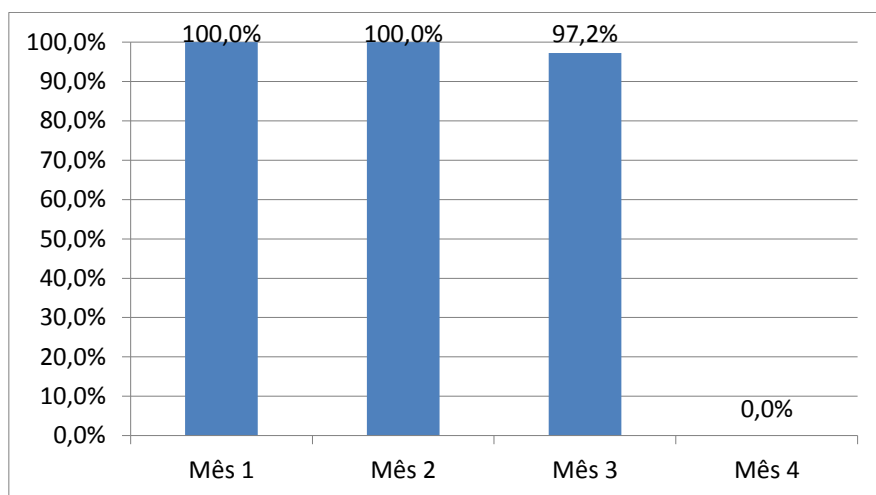


Figura 15- Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

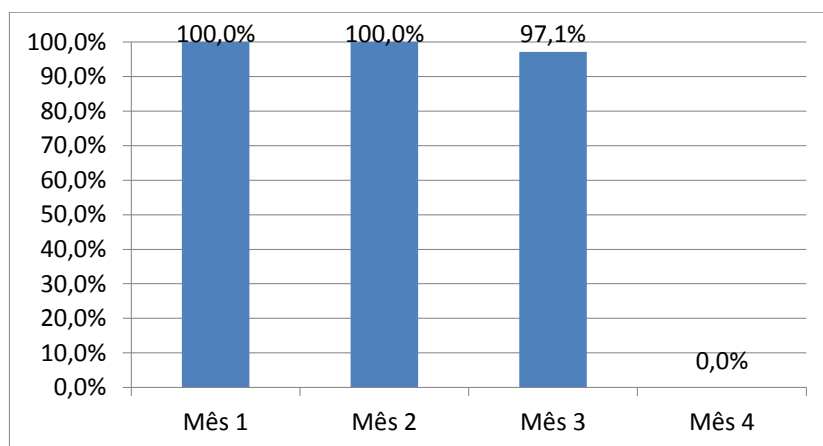


Figura 16- Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Esse indicador foi cumprido 100% desde o começo até o fim da intervenção. Antes da intervenção, haviam apenas registrados 2 usuários hipertensos e 2 diabéticos que receberam avaliação e orientação sobre saúde bucal. Todos os membros da equipe trabalharam para garantir a orientação sobre a importância da higiene bucal ao total dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Aproveitamos todos os espaços nas consultas, grupos, na sala de espera e nas visitas domiciliares para abordar a importância da higiene bucal, previa capacitação da equipe no tema. Apesar de não contarmos com esse serviço na unidade, foi uma meta traçada que conseguimos cumprir com bons resultados, não só orientamos aos usuários, como também aumentamos nossos conhecimentos na saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Centro, no município Não-Me-Toque, Rio Grande do Sul, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, implantação e o registro adequado das fichas de acompanhamento, a atualização dos dados no prontuário eletrônico e a utilização das fichas espelhos. Também propiciou a estratificação de risco a todos os usuários e garantiu um atendimento de qualidade com exame clínico adequado. Alcançou-se a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, as consequências do uso do tabaco e a importância da higiene bucal a todos os usuários. Conseguimos aumentar a disponibilidade de exames para os usuários da área de abrangência, a partir do prévio acordo com a Secretaria de Saúde, e aumentamos a participação de outros profissionais nos grupos. Foi realizado eficazmente o controle de estoque de medicamentos, evitando assim vencimento destes e dificuldades quanto a disponibilização dos mesmos.

A intervenção exigiu a união e o esforço da equipe para aumentar a qualidade no trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos, pois foi necessário realizar a capacitação da equipe para adotar um protocolo de atendimento aos usuários, e assim, uma vez adotado por todos, foi possível melhorar o acolhimento, cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos mesmos, aumentando não só a quantidade de usuários cadastrados no programa, mais também aumentando a qualidade de vida destes. Além de alcançar a integração e superação de todos os membros da equipe, a mesma ficou mais fortalecida quanto ao domínio e controle dos usuários da área abrangente. Cada membro da equipe teve uma função definida, por exemplo, a enfermeira junto com a médica foram as responsáveis das ações de monitoramento e avaliação, assim como a enfermeira realizou os agendamentos das consultas que foram realizadas pela médica. Os agentes comunitários de saúde realizaram os cadastros dos usuários, ainda que os demais membros da equipe tenham feito alguns cadastros. Assim, todos os membros da equipe participaram nas atividades de promoção e orientação à comunidade e nos grupos. As técnicas de enfermagem fizeram a maior parte dos procedimentos técnicos, como medição da glicose e da pressão arterial, peso, sinais vitais. Com a intervenção alcançou-se uma melhor organização e descentralização das funções dos membros da equipe. O processo da intervenção também acabou tendo impacto em outros serviços como foi no serviço de farmácia, que alcançaram melhores resultados quanto à qualidade de seus registros e as necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção também contribuiu para melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos, comparado com o que existia antes. Com o trabalho feito, conseguiu-se incluir as atividades promovidas com a intervenção na rotina diária da unidade. Conseguimos viabilizar as consultas agendadas dos hipertensos e diabéticos, o que antes era quase impossível. Ademais ficou mais bem organizada a atuação com a demanda espontânea. Continuamos com a busca ativa dos faltosos às consultas. As visitas domiciliares alcançaram a importância que tem, passando a ser parte da rotina semanal da unidade. Manteremos o preenchimento dos registros, fichas e as demais documentações que garantem melhor organização do serviço. Incorporamos na rotina a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, que tem sido essencial na priorização dos atendimentos dos mesmos. Com o desenvolvimento da intervenção conseguimos uma melhor atenção e priorização no

atendimento a estes usuários e até um melhor trabalho na equipe, ações que daremos continuidade na UBS, além de incorporar aos usuários em trabalhos junto a equipe com a finalidade de melhorar a qualidade da saúde de nossa comunidade.

Conquistamos um crucial vínculo com a comunidade, aumentando a comunicação com as pessoas. A ajuda dos líderes comunitários foi muito importante para ampliar nossa cobertura. A população ficou satisfeita com as ações desenvolvidas e a priorização do atendimento, garantindo qualidade e resolutividade. As pessoas na comunidade expressam a cada momento o agradecimento pelo interesse da equipe em solucionar suas queixas, agradecem pela escuta e o acolhimento. Além disso, o resto da população ainda não conhece bem a realização das ações da intervenção e as melhorias para a saúde dos hipertensos e diabéticos. Apesar da ampliação da cobertura, ainda há usuários hipertensos e diabéticos sem cadastramento na UBS e sem receber nosso atendimento, o que daremos continuidade ao trabalho realizado para ampliar a cobertura a estes. Com a intervenção, a comunidade teve espaço e voz para ser ouvida e poder opinar, os usuários foram orientados sobre seu direito de ter a medicação na farmácia popular, seu direito de receber um atendimento de qualidade e de participar no planejamento das atividades da unidade.

Se fosse fazer a intervenção neste momento, além de realizá-la com o mesmo tema, trabalharíamos com mais força para conseguir melhores resultados. Previamente à intervenção, e sempre que fosse necessário, discutiria mais com todos os membros da unidade, sobre a importância da intervenção e das ações a serem desenvolvidas, com o objetivo de alcançar maior comprometimento de todas as pessoas na unidade, tenham ou não envolvimento direto com a intervenção. Fariamos um maior vínculo com a Secretaria de Saúde para priorizar algumas situações que não dependem de nós, profissionais da unidade, por exemplo: aumentar as cotas de consultas com especialistas, priorizar para que o agendamento com especialidades não fosse tão demorado, reduzir algumas burocracias desnecessárias quando o usuário precisa com urgência alguns recursos que podem ser resolvidos com agilidade.

A intervenção e suas atividades na UBS já foram incorporadas à rotina diária da unidade. Todos os profissionais continuam realizando as tarefas designadas e com muita responsabilidade para manter os resultados obtidos e melhorá-los. Pretendemos aumentar o trabalho de conscientização da comunidade quanto à

necessidade de priorização do atendimento ao usuário diabético e hipertenso. Também pretendemos conseguir maior participação de outros profissionais nas atividades grupais com a comunidade, por exemplo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, além do dentista e pessoal de educação física. Vamos intensificar a qualidade na atenção prestada para obter maior satisfação da população.

Nos próximos meses pretendemos continuar a ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos, e implementaremos o programa de atenção aos idosos, já que estão relacionados de alguma forma, pois a maioria dos hipertensos e diabéticos são pessoas idosas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretario de Saúde,

No período entre os meses de maio a agosto de 2015 foi desenvolvida uma intervenção na UBS Centro, localizada no município de Não-Me-Toque/RS, cuja proposta foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS. Os objetivos específicos desta intervenção foram:

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde de HAS e de DM, do ano 2013. Também foram utilizados os registros existentes na farmácia, registros dos trabalhos com grupos em funcionamento e os prontuários eletrônicos.

Nesta perspectiva, realizamos o rastreamento de novos casos de HAS e DM na área de abrangência de nossa unidade, obtivemos uma melhoria na cobertura destes usuários e na qualidade do atendimento prestado aos mesmos, com a identificação de usuários descompensados, realização de estratificação de risco e promoção de ações de orientação nutricional, de prática de atividade física e de combate ao hábito do tabagismo. Destacamos assim, a importância do planejamento das ações de saúde em equipe para subsidiar melhores e mais precisas decisões na área da saúde, onde os desafios são diversos.

Para cada objetivo foram traçadas metas com seus respectivos indicadores e ações. Todas as ações propostas foram realizadas e o cronograma foi seguido rigorosamente. De forma geral, a qualidade do atendimento foi melhorada, assim como a qualidade dos registros.

Os resultados foram positivos e promissores. Ao longo de três meses de intervenção conseguimos um aumento do cadastro de 52,2% de cobertura para os usuários hipertensos e 47,7% para os diabéticos. Realizamos exame clínico apropriado a 94,7% dos usuários hipertensos e a 94,2% dos diabéticos cadastrados. Tinham os exames complementares em dia de acordo com o protocolo 91,1% dos hipertensos e 89,3% dos diabéticos cadastrados. Fazendo uso de medicamentos da farmácia popular, tivemos 79,6% dos hipertensos e 73,5% dos diabéticos cadastrados.

No que concerne à avaliação da necessidade odontológica, esta foi realizada para 91,6% dos hipertensos e 89,3% dos diabéticos cadastrados. Orientações nutricionais sobre alimentação saudável prática de atividade física regular e higiene bucal ocorreram para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Dos hipertensos, 97,2%, e 97,1% dos diabéticos, receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

Nesta perspectiva, a intervenção pode ser concebida como uma estratégia de reorganização da Unidade de Saúde da Família e da atenção básica à saúde, uma vez que propiciou o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adstrita. A intervenção tornou-se efetiva no momento em que permitiu aos gestores e profissionais das equipes, identificarem os nós críticos que dificultavam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas, como por exemplo, a qualificação dos profissionais, e da prática clínica na atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético.

Foram realizadas atividades de promoção e prevenção na unidade, nas consultas e em cada contato com o usuário. A comunidade em geral aumentou os conhecimentos sobre sua doença e tiraram dúvidas que existiam há muito tempo em contato direto com a equipe.

Neste sentido, pode-se avaliar que para a intervenção acontecer efetivamente, foi fundamental contar com o apoio da gestão na disponibilização de

transporte, de insumos e impressos, na receptividade para avaliar os resultados da intervenção e identificar as situações que precisavam ser revistas ou modificadas.

Salienta-se também a importância da gestão na organização de capacitações e espaços de educação permanente com discussões pertinentes para o processo de trabalho das equipes, além de assessorar as unidades na implantação efetiva de uma atenção à saúde sistematizada, envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade. Um maior envolvimento desses atores na oferta de educação permanente facilitaria as ações de planejamento em saúde nas comunidades e o enfrentamento das dificuldades identificadas pela equipe na operacionalização dos diversos programas oferecidos pela unidade de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados (as) Senhores (as),

Nossa equipe de saúde da família Centro desenvolveu durante três meses no ano de 2015 (maio a agosto) um conjunto de ações para melhorar o atendimento da saúde do hipertenso e diabético, para a comunidade que mora na área pertencente à unidade de saúde, em razão da necessidade de melhorar o atendimento a este grupo da população. É bom ressaltar que de 3379 pessoas pertencentes à unidade foram cadastrados 394 hipertensos e 103 diabéticos, alcançando 52,2% de cobertura para os hipertensos e 47,7% para os diabéticos.

A intervenção iniciou com a capacitação da equipe para aprender mais sobre a saúde das pessoas hipertensas e diabéticas, e melhorar a informação a ser passada para a comunidade sobre a importância do projeto, que teve como objetivo melhorar a saúde dos hipertensos e diabéticos através do acompanhamento pela equipe de saúde da unidade e pelo contato com lideranças comunitárias e nos grupos de hipertensos e diabéticos. Desta forma, foi organizado o atendimento a todos os hipertensos e diabéticos que procuravam a Unidade de Saúde por algum problema de saúde, foram acolhidos, cadastrados e acompanhados. Realizamos visitas domiciliares diariamente na busca daquelas pessoas que faltaram na consulta e que pertenciam à área da unidade de saúde pelas, que foram realizadas pelas agentes comunitárias de saúde, e, quando necessário, pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem. As agentes comunitárias de saúde também durante as visitas domiciliares cadastravam os hipertensos e diabéticos e agendavam consultas para eles, e os incentivava a que procurassem a unidade para realizar a avaliação.

Os grupos de hipertensos e diabéticos na comunidade foram realizados mensalmente onde discutimos temas de muita importância como alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, os riscos para doenças crônicas, higiene bucal, os riscos do fumo, entre outros. Estes temas se bem compreendidos e

colocados em prática evitam que novas doenças aconteçam e mantêm controladas aquelas doenças já presentes. A todas as pessoas atendidas foi realizado exame clínico completo, solicitação de exames complementares, foram prescritos medicamentos da farmácia popular e todos receberam avaliação com o dentista. Foram realizadas orientações de higiene das próteses dentárias para aqueles usuários que precisavam.

Para tanto, a comunidade deve também participar sempre e cumprir com todas as orientações fornecidas pela equipe, trazendo ideias para melhorar nosso trabalho, e assim, melhorar a qualidade do serviço oferecido, pensando que todas estas ações são para a população e sua opinião é importante, participando em todas as decisões e atividades desenvolvidas pela UBS. Acredito que a participação de um representante da comunidade em alguns momentos das reuniões da unidade de saúde foi muito importante para o nosso trabalho, onde fortaleceu a participação da população junto com a equipe.

Sendo assim, informamos para a comunidade que daremos continuidade a esta intervenção que foi desenvolvida para melhorar a saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade Centro. Agradeço em nome da equipe a participação da comunidade, pois nosso trabalho é para vocês.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para realizar uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, um item que considero importante é comparar a experiência com as expectativas iniciais em relação ao curso. Com relação ao curso posso afirmar que a preocupação no início foi grande, pois o medo do desconhecido tornava difícil cada etapa a ser vencida. Como nunca havia ingressado num curso modalidade à distância, desconhecia as formas de operacionalizar no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Com o decorrer do tempo a aprendizagem a respeito de como acessar o curso e desenvolver as atividades orientadas foi se tornando mais concreta e fácil. A ajuda dos orientadores e as orientações disponibilizadas foram essenciais nesse processo, aprendi a usar o espaço do Diálogo Orientador-Especializando, também melhorei no trabalho com Excel, Word e demais programas. Considerava uma experiência exaustiva realizar tantas tarefas, mas à medida que ia estudando e adquirindo conhecimento comecei a achar tudo muito interessante.

Nesta perspectiva, foi muito gratificante realizar estudos da prática clínica, os temas da prática clínica sempre foram interessantes, pois realmente abordavam as queixas mais frequentes dos usuários na unidade. Assim, fui esclarecendo as dúvidas de muitas doenças e incorporei à rotina da unidade toda experiência aprendida. O raciocínio lógico nas tarefas de estudos de casos clínicos, as pesquisas de bibliografia, planilhas, indicadores, a pesquisa qualitativa e quantitativa também necessitaram de muita dedicação e compreensão. O trabalho junto ao orientador foi uma nova experiência, positiva, pois demonstrou que é possível ter uma boa orientação, mesmo à distância. Também constituiu uma experiência importante, pois os erros são corrigidos desde o início do curso.

Com a realização da análise situacional ficou demonstrado que tinha muitos aspectos para analisar, descobrir e melhorar, pois o conhecimento que possuía acerca do funcionamento da unidade no início era muito superficial e incompleto, mas quando fui conhecendo como devia ser o trabalho na unidade e sua estrutura, pude ver a verdadeira situação de nossa unidade e do estado de saúde da população.

Com a escolha do tema e o início da intervenção, pude sentir ainda mais motivação, além que existia no começo a dúvida sobre o desenvolvimento e adesão das pessoas à intervenção. Mas no final o resultado foi surpreendente, foram feitas muitas atividades participativas com a comunidade e membros da equipe, consegui melhorar a união e a organização da equipe e sensibilizar aos gestores na importância da implementação de programas como este, tivemos bons resultados do trabalho. Melhorei meus conhecimentos sobre hipertensão e diabetes quanto ao manejo e protocolos de atendimentos, acredito que foi muito importante, pois diariamente atendo usuários com essas doenças.

Com o desenvolvimento do curso melhorei o português que a princípio representou uma das principais barreiras, mas não deixei que afetasse a qualidade do serviço oferecido. Considero que o profissional médico deve estar inserido num processo de constante aprendizagem, a fim de propiciar uma atenção qualificada e atualizada aos usuários. Penso que o curso representou uma via de superação como médica e também como pessoa, pois também permitiu o maior engajamento com os usuários, além da aquisição de mais conhecimentos sobre diferentes temas clínicos.

Com a realização da intervenção houve uma melhora significativa do trabalho na unidade, da qualidade dos registros e, em geral, do atendimento às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Agora fica o desafio de continuar com as ações iniciadas e com as mudanças para melhorar os atendimentos a todos os usuários da unidade. Para isso, devo continuar superando-me, aproveitando a experiência desta intervenção e a incorporação das ações na rotina diária e avanços alcançados nesta intervenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								

[illegible]

Anexo C - Ficha espelho

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante